

618 Д

Л 88

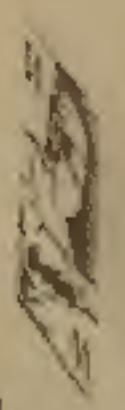
А. Е. ЛИЧКО

**ПСИХОПАТИИ
И АКЦЕНТУАЦИИ
ХАРАКТЕРА
У ПОДРОСТКОВ**



А. Е. ЛИЧКО

ПСИХОПАТИИ
И АКЦЕНТУАЦИИ
ХАРАКТЕРА
У ПОДРОСТКОВ



Ленинградская медицинская
Ленинградское отделение

А. Е. ЛИЧКО

618 Д
Л 88

№ 16

ПСИХОПАТИИ И АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ



Ленинград «МЕДИЦИНА»
Ленинградское отделение 1977

НЕ ПРИНИМАЮТ

СЧИТАНО

УДК 616.89-008.48-053.6

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., «Медицина», 1977, 208 с.

Автор книги — профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, руководитель отделения подростковой психиатрии того же института — является основателем первой в нашей стране специальной подростковой психиатрической клиники.

Монография посвящена одному из наиболее актуальных вопросов подростковой психиатрии — психопатиям, сходным с ними крайним вариантам нормы — акцентуациям характера, психопатическим развитиям, обусловленным неблагоприятными влияниями среды, и психопатоподобным картинам при органических поражениях головного мозга. Описываются основные типы психопатий и акцентуаций характера, даются диагностические критерии их различия. Излагаются основные формы психопатических нарушений поведения — делинквентность, побеги из дома, ранняя алкоголизация, употребление наркотиков, суицидальность. Выделяются специфически-подростковые личностные реакции, лежащие в основе этих нарушений — реакция эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения (хобби) и др. В заключении даются медико-педагогические рекомендации. Книга рассчитана на врачей-психиатров, невропатологов, педиатров (в особенности на школьных врачей и врачей подростковых кабинетов) и на медицинских психологов.

Издание содержит 5 таблиц, 231 библиографическое название.

For Summary see page 206.

ИБ № 468

АНДРЕЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ ЛИЧКО

**Психопатии и акцентуации
характера у подростков**

Редактор И. М. Тонконогий
Переплет художника М. А. Нечаевой
Художественный редактор А. И. Приймак
Технический редактор Т. И. Бугрова
Корректор А. П. Боровая

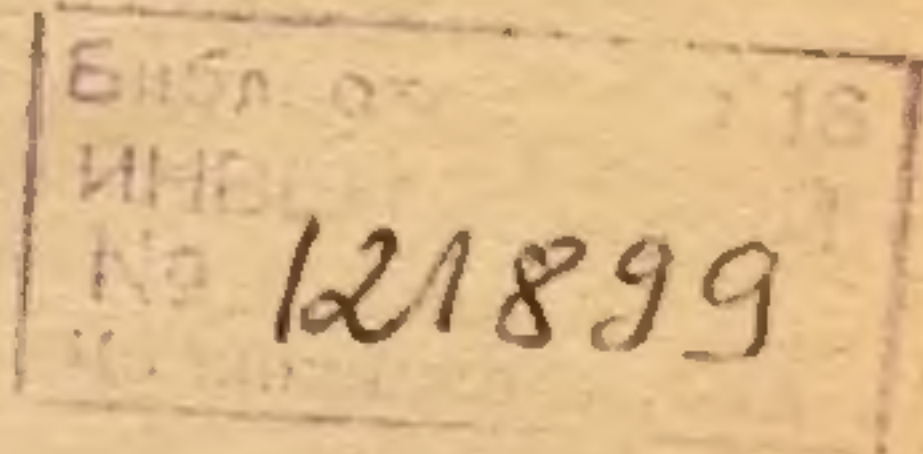
Сдано в набор 18/VIII 1976 г. Подписано к печати 4/I 1977 г. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Печ. л. 6,5. Бум. л. 3,25. Учетно-изд. л. 12,21. Условных л. 10,92. ЛН-76. Тираж 10 000 экз. Заказ № 1744. М-24001. Цена 91 коп. Бумага типогр. № 3.

Ленинград «Медицина». Ленинградское отделение,
192104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10.

Ленинградская типография № 4 Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли, 196126, Ленинград, Ф-126, Социалистическая ул., 14.

Л $\frac{52000-014}{039(01)-77}$ 157-77

© Издательство «Медицина»,
Москва, 1977 г.



ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера в подростковом возрасте	3
Психопатии и акцентуации характера	3
Разграничение психопатий по тяжести и акцентуаций по выраженности	7
Разграничение психопатий и психопатоподобных расстройств по причине возникновения	17
Особенности динамики психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте	22
Глава II. Основные типы нарушений поведения у подростков («поведенческие реакции»)	25
Акцелерация развития и нарушения поведения	25
Классификации нарушений поведения у детей и подростков	27
Реакция эмансипации	32
Реакция группирования со сверстниками	33
Реакция увлечения — хобби-реакция	37
Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением	41
Особенности патологических реакций	43
Глава III. Формы проявления нарушений поведения	44
Делинквентное поведение	45
Побеги из дома и бродяжничество	47
Алкоголизация (злоупотребление алкоголем) и ранний (подростковый) алкоголизм	53
Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания	61
Суицидальное поведение	71
Глава IV. Типы психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте	78
Краткие сведения о группировках типов психопатий и акцентуаций характера	78
Гипертимный тип	80
Циклоидный тип	90
Лабильный тип	94
Астено-невротический тип	102
Сенситивный тип	106
Психастенический тип	114
Шизоидный тип	120

Эпилептоидный тип	130
Истероидный тип	141
Неустойчивый тип	151
Конформный тип	157
Глава V. Психопатические развития («приобретенные психопатии»)	163
Основные критерии диагностики	163
Гипертимная акцентуация — воспитательная «гиперопека» психопатическое развитие по гипертимно-неустойчивому типу	167
Неустойчивая или конформная акцентуация — гипоопека или безнадзорность — психопатическое развитие по неустойчивому типу	168
Истероидная, лабильная или гипертимная акцентуации — воспитание по типу «кумир семьи» — психопатическое развитие по истероидному, лабильно-истероидному, гипертимно-истероидному типам	169
Лабильная, астено-невротическая и сенситивная акцентуации — воспитание по типу «золушки» — психопатическое развитие по соответствующим типам	170
Психастеническая акцентуация — воспитание в условиях повышенной моральной ответственности — психопатическое развитие по психастеническому типу	171
Эпилептоидная или конформная акцентуация — воспитание в условиях жестоких взаимоотношений — психопатическое развитие по эпилептоидному типу	174
Глава VI. Органические психопатии	175
Общие сведения и критерии диагностики	175
Неустойчивоподобный тип	178
Эпилептоидоподобный тип	180
Шизоидоподобный тип	182
Заключение	184
Литература	192

ГЛАВА I

РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПСИХОПАТИЙ, ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ПСИХОПАТИИ И АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

Психопатии — это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде»¹. Эти три критерия были обозначены О. В. Кербиковым (1962) как тотальность, относительная стабильность патологических черт характера и их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.

Указанные критерии служат также основными ориентирами в диагностике психопатий у подростков. Тотальность патологических черт характера выступает в этом возрасте особенно ярко. Подросток, наделенный психопатией, обнаруживает свой тип характера в семье и в школе, со сверстниками и со старшими, в учебе и на отдыхе, в труде и в развлечениях, в условиях обыденных и привычных, и в чрезвычайных ситуациях. Всюду и всегда гипертимный подросток кипит энергией, шизоидный отгораживается от окружения незримой завесой, а истероидный жаждет привлечь к себе внимание. Тиран дома и примерный ученик в школе, тихоня под суровой властью и разнузданный хулиган в обстановке попустительства, беглец из дома, где царит гнетущая атмосфера или семью раздирают противоречия, отлично уживающийся в хорошем интернате — все они не должны причисляться к психопатам, даже если весь подростковый период проходит у них под знаком нарушенной адаптации.

¹ Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., 1964, с. 121—122.

Относительная стабильность черт характера является менее доступным для оценки в этом возрасте ориентиром. Слишком короток бывает еще жизненный путь. Под «сколько-нибудь резкими изменениями» в подростковом возрасте следует понимать неожиданные трансформации характера, внезапные и коренные смены типа. Если очень веселый, общительный, шумливый, неугомонный ребенок превращается вдруг в угрюмого, замкнутого, ото всех отгороженного подростка или нежный, ласковый, очень чувствительный и эмоциональный в детстве становится изощренно-жестоким, холодно-расчетливым, бездушным к близким юношей, то все это скорее всего не соответствует критерию относительной стабильности, и как бы не были выражены психопатические черты, случаи эти нередко оказываются за рамками психопатии.

Говоря об относительной стабильности, следует учитывать, однако, три обстоятельства.

Первое — подростковый возраст представляет собой критический период для психопатий, черты большинства типов здесь заостряются.

Второе — каждый тип психопатий имеет свой возраст формирования. Шизоида можно увидеть с первых лет жизни — такие дети предпочитают играть одни. Психастенические черты нередко расцветают в первых классах школы, когда беззаботное детство сменяется требованиями к чувству ответственности. Неустойчивый тип выдает себя либо уже с поступления в школу с наступающей необходимостью сменить удовольствие игр на учебный труд, либо с пубертатного периода, когда спонтанно складывающиеся группы сверстников позволяют вырваться из-под родительской опеки. Гипертимные черты становятся особенно яркими с подросткового возраста. Циклоидность, особенно у девочек, может обнаружиться с наступлением полового созревания. Сенситивная психопатия складывается позже — в возрасте, обозначенном Г. К. Ушаковым (1972) как «этап формирования социального стереотипа личности», т. е. к 16—19 годам, в период вступления в самостоятельную жизнь с ее нагрузкой на межперсональные отношения. Паранойяльная психопатия крайне редко встречается у подростков, максимум ее развития, как известно, падает на 30—40 лет.

Третье — существуют некоторые закономерные трансформации типов характера в подростковом возрасте. С наступлением полового созревания наблюдавшиеся в детстве гипертимные черты могут смениться очевидной циклоидностью, астено-невротические черты — психастеническим или сенситивным типом, эмоциональная лабильность — заслониться выраженной истероидностью, черты неустойчивости присоединиться к гипертимности и т. п. Все эти трансформации могут произойти в силу как биологических, так и социальных причин.

Нарушения адаптации или точнее социальная дизадаптация в случаях психопатий обычно проходят через весь подростковый период. Именно в силу только особенностей своего характера подросток не удерживается ни в школе, ни в интернате, ни в ПТУ, быстро бросает ту работу, куда еще недавно поступил. Столь же напряженными, полными конфликтов или патологических зависимостей, оказываются семейные отношения. Нарушается также адаптация к среде своих сверстников — страдающий психопатией подросток либо вообще неспособен устанавливать с ними контакты, либо отношения бывают полными конфликтов, либо способность адаптироваться ограничивается жестко очерченными пределами — небольшой группой подростков, ведущих аналогичный, большей частью асоциальный, образ жизни.

Таковы три критерия — тотальность, относительная стабильность характера и социальная дизадаптация — позволяющие отличать психопатии. Но как оценить те отклонения характера, которые удовлетворяют лишь одному или двум из этих критериев?

С самого начала становления учения о психопатиях возникла практически важная проблема — как разграничить психопатии в качестве патологических аномалий характера от крайних вариантов нормы. Еще в 1886 г. В. М. Бехтерев упоминал о «переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием», о том, что «психопатическое состояние может быть выражено в столь слабой степени, что при обычных условиях оно не проявляется». В 1894 г. бельгийский психиатр Dalletmagne (цит. по О. В. Кербинову, 1961) выделил, наряду с «*déséquilibrés*», т. е. «неуравновешенными» (термин во французской психиатрии, аналогичный «психопатии»), еще и «*déséquilibants*», т. е. легко теряющих

равновесие. Подобные случаи Kahn (1928) обозначил «дискордантно-нормальными», П. Б. Ганнушкин (1933) — «латентными психопатиями», Г. К. Ушаков (1973) — «крайними вариантами нормального характера». Было предложено много других наименований, но наиболее удачным нам представляется термин Leonhard (1964, 1968) — «акцентуированная личность», при всей его краткости подчеркивающий и то, что речь идет именно о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии, и то, что эта крайность сказывается в усилении, акцентуации отдельных черт. Однако правильнее было бы говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. Именно типы характера, а не личности в целом, с ее способностями, склонностями и другими структурными компонентами, описаны в монографиях Leonhard, именно особенности характера отличают эти личности от других.

В противовес психопатиям при акцентуациях характера его черты могут проявляться не везде и не всегда. Они могут даже обнаруживаться только в определенных условиях. И главное — особенности характера либо вообще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, либо ее нарушения бывают преходящими. Последние случаются во время пубертатного периода в силу биологических пертурбаций или под влиянием особого рода психических травм или ситуаций, а именно тех, которые предъявляют повышенные требования к *locus minoris resistentiae* — «месту наименьшего сопротивления» в характере данного типа. Например, такого рода травмами и ситуациями могут послужить изоляция от контактов, лишение всякого поля деятельности при строго размеренном режиме для характера гипертимного, постоянная необходимость широкого круга новых и неформальных контактов для характера шизоидного и т. п. Если же психическая травма, даже тяжелая, не адресуется к месту наименьшего сопротивления, если ситуация не предъявляет в этом отношении специфических требований, то дело обычно ограничивается адекватной личностной реакцией. В этом, по нашим представлениям, одно из важных отличий акцентуаций от психопатий. При психопатиях нарушения адаптации могут быть следствием любого рода травм или даже возникать без видимых причин, при акцентуациях адап-

тация нарушается только при ударах по месту наименьшего сопротивления. Сходная мысль была высказана В. Н. Мяснищевым (1960) в отношении возникновения неврозов, Н. И. Фелинской (1965) — становления психопатий, В. В. Королевым (1974) — паранойяльного развития.

РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПСИХОПАТИЙ ПО ТЯЖЕСТИ И АКЦЕНТУАЦИЙ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ

Как писал П. Б. Ганнушкин о психопатиях, степень их проявлений представляет прямо запутывающее богатство оттенков — от людей, которых окружающие считают нормальными, — и до тяжелых психотических состояний, требующих интернирования (П. Б. Ганнушкин, 1935, 1964). Попытка как-то систематизировать эти степени представляет насущную практическую задачу. Такое разделение способствовало бы уточнению прогноза, содействовало бы более дифференцированному подходу к семейной и трудовой реадaptации и смогло бы оказать помощь в экспертной практике. В последние годы в судебно-психиатрической экспертизе получает распространение термин «глубокая психопатия». Им обозначаются наиболее тяжелые случаи, когда на высоте декомпенсаций возникают психотические расстройства, исключающие вменяемость, или в основе нарушений характера лежат выраженные эндокринные расстройства (Н. И. Фелинская, 1965; Б. В. Шостакович, 1971). Разделение психопатий на три степени тяжести, осуществленное в отношении взрывного типа, принадлежит Л. И. Спиваку (1962). Им учитывались тяжесть декомпенсаций, возраст формирования психопатии, патологические изменения на пневмо- и электроэнцефалограмме и др. Однако критерии разделения психопатии по степеням не были предметом специального исследования. Важнейшим же является именно выбор этих критериев.

Степень отклонений характера сама по себе трудно поддается количественной оценке. Возможно, последнюю доступнее осуществить по другим, зависящим от этих отклонений, показателям (А. Е. Личко, Ар. А. Александров, 1973). К ним относятся: 1) тяжесть, продолжительность и частота декомпенсаций, фаз, психогенных

реакций и, что особенно важно, соответствие их силе и характеру вызвавших факторов; 2) степень тяжести крайних форм нарушения поведения; 3) оцениваемая «в длиннике» степень социальной (трудовой, семейной) дизадаптации; 4) степень правильности самооценки особенностей своего характера, критичности к своему поведению. Видимо, при разных типах психопатий и акцентуаций (шизоиды, неустойчивые и др.) значение каждого из критериев будет иным, но в целом опорой может служить лишь совокупная оценка по всем критериям.

Основываясь на указанных критериях, мы предложили выделять три степени психопатии и две степени акцентуации характера. Описание каждой из них иллюстрируется примером, относящимся к одному и тому же (истероидному) типу характера.

Тяжелая психопатия (степень III). Компенсаторные механизмы крайне слабы, едва намечаются или отличаются парциальностью, охватывая лишь часть психопатических особенностей, но зато достигая здесь такой гиперкомпенсации, что сами выступают уже как психопатические черты. В целом компенсация всегда неполная и непродолжительная. Декомпенсации легко наступают от незначительных поводов и даже без видимых причин. На высоте декомпенсаций картина может достигать психотического уровня (тяжелая депрессия, дисфории, сумеречное состояние и т. п.). При тяжелой степени некоторых психопатий (шизоидной, психастенической и др.) нередко возникают диагностические сомнения — не являются ли данные случаи психопатоподобным дефектом при шизофрении или вялотекущей ее формой. Однако признаков процесса или четких указаний на возможно перенесенный шизофренический шуб обнаружить не удастся. Нарушения поведения могут достигать уголовных преступлений, суицидных актов и других действий, грозящих тяжкими последствиями для самого психопата или его близких. В «длиннике» тяжелая психопатия отличается обычно постоянной и значительной социальной дизадаптацией. Такие подростки рано бросают учебу, обычно почти не работают, за исключением коротких эпизодов или условий принудительного труда. Живут они за счет других или за счет государства. Обнаруживается неспособность к поддержанию нормаль-

ных семейных отношений — семейные связи фактически разорваны или крайне натянуты из-за постоянных конфликтов, или носят характер патологической зависимости (психопата от кого-либо из членов семьи или последних от психопата). Дизадаптация обычно обнаруживается также в среде своих сверстников. Самооценка характера неправильная или отличается парциальностью — подмечаются лишь некоторые черты, особенно проявления патологической гиперкомпенсации. Критика к своему поведению заметно снижена.

Геннадий У., 18 лет. С 15 лет не работает и не учится, на иждивении у престарелой бабушки. Отец — алкоголик, давно бросил семью. Мать также злоупотребляла алкоголем, умерла год назад от отравления метиловым спиртом. Воспитывался бабушкой, которая всегда во всем ему потакала. С раннего детства беспокоен и криклив. С первого класса школы обнаружились нарушения поведения: не хотел учиться, убегал с уроков, грубил учителям, не слушал мать. Способности были удовлетворительные, но из-за прогулов дублировал 3-й и 5-й классы. Стремился в компанию более старших уличных подростков, за мелкое хулиганство и воровство не раз был задержан милицией. В 13 лет в связи с нарушениями поведения был впервые направлен в детскую психиатрическую больницу, где отмечены беспокойство, суетливость, эмоциональная лабильность, лживость, склонность к фантазерству. В 15 лет, оставшись на третий год в 5-м классе, бросил школу. Несколько раз начинал работать в разных местах: то учеником сапожника, то грузчиком, то подсобным рабочим. Всюду бездельничал, опаздывал, прогуливал, вскоре вообще бросал работу. Дни проводил в компании уличных приятелей, шел у них на поводу, выпивал, отнимал деньги у маленьких ребят. Курит с 8 лет.

С детства обнаруживает склонность к фантазированию и псевдологии. Год назад явился в органы госбезопасности, заявив, что китайская разведка вербует его в шпионы. Развлекался ложными вызовами по телефону то милиции, то пожарных, то скорой помощи, при этом обнаруживал изрядный артистизм, легко вживаясь в роль. В беседе с врачом на ходу сочинил истории о том, что его мать была из мести отравлена соседкой, что он сам около банка нашел крупную сумму кем-то потерянных денег, расписывал как их тратил, как якобы путешествовал в Сочи; заявил, что дома у него тайный склад оружия и боеприпасов, собранных в местах бывших боев, что он помог милиции изловить бандитов и т. п. К своему поведению относится без критики, часть поступков отрицает, в части, как и в своем характере, не видит ничего особенного.

Отмечается выраженный инфантилизм — выглядит 14—15-летним. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Диагноз: психопатия истероидного типа тяжелой степени на фоне психофизического инфантилизма.

Катамнез. На протяжении последующих двух лет трижды был госпитализирован в психиатрическую больницу в связи с декомпенсациями психопатии. Почти не работает.

Выраженная психопатия (степень II). Компенсаторные механизмы нестойки и в силу этого компенсации непродолжительны. Декомпенсации могут возникать от незначительных поводов. Тяжелые декомпенсации и серьезные нарушения поведения обычно все же следуют за психическими травмами. Социальная адаптация бывает неполной и нестойкой. Работу и учебу то бросают, то возобновляют. Способности остаются переализованными. Отношения с родными полны конфликтов или отличаются патологической зависимостью. Самооценка черт характера и степень самокритичности весьма разнятся при разных типах психопатий.

Алексей Б., 17 лет. Родился в асфиксии: беременность протекала с токсикозом и угрожающим выкидышем. Развитие в первые годы жизни без отклонений от нормы. С детства непоседлив, отвлекаем, впечатлителен, склонен к фантазированию. Родители — пожилые, оба педагоги, они чрезмерно опекали его, были неединодушны в воспитательных воздействиях. С 7 лет в ответ на нотации за непослушание убегал из дому в лес. Отец в целях подавления упрямства сына сам стал отводить его в лес и бросать там его одного. Настоящего контакта между ним и родителями никогда не было. В школе, несмотря на неплохие способности, учился неровно. Начинать с большим интересом, метил в отличники, но вскоре остывал, забрасывал занятия, прогуливал уроки. Тогда родители обычно переводили его в новую школу, где все повторялось сначала. Дублировал 7-й класс, с трудом окончил 8-й. С 13 лет стал особенно трудным, начал курить, нарушал дисциплину в школе, после конфликтов с родными убегал из дома, ночевал в подвалах, мошенническим образом собирал деньги в автобусе. Сам домой не возвращался, а старался, чтобы его со скандалом доставила милиция: для этого вечером укладывался спать на бульваре в центре города, ночью старался попасть на глаза милиционеру и т. п. С 14 лет поставлен на учет в психоневрологический диспансер. Окончив 8 классов, захотел работать лаборантом в научно-исследовательском институте: другую работу или ПТУ считал недостойными для себя. После отказа в приеме на эту работу пытался изобразить повешение в парадной своего дома на глазах у проходивших мимо соседей. Стал проводить дни в курительной комнате Публичной библиотеки, вращался среди юношей, готовившихся поступить в вузы, пытался сколотить компанию в «союз фаталистов»: предлагал по жребию испытывать судьбу — пройти по перилам моста через Неву, выпить из стаканов, в одном из которых будет яд и т. п. Собирал своими рассказами слушателей вокруг себя. Был госпитализирован в психиатрическую больницу. После выписки устроился на завод учеником токаря и поступил в вечернюю школу. Однако учебу быстро забросил. Дома конфликтовал с матерью. Через несколько месяцев с радостью согласился на повторную госпитализацию, чтобы «отдохнуть». В беседе с врачом подчеркнуто любезен, старается произвести впечатление своей незаурядностью, выставляет напоказ некоторые отрицательные стороны своего поведения, бравирует ими, при этом под-

черкивая у себя черты неустойчивости, отрицает истероидные черты. Строит мало реальные планы. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Диагноз: истероидная психопатия выраженной степени.

Катамнез. После второй выписки бросил и завод, и вечернюю школу, окончил краткосрочные курсы кинодемонстраторов, но работать не стал. Поступил в медицинское училище, поначалу занимался с увлечением, но вскоре надоело, стал прогуливать и бездельничать. При угрозе увольнения совершил демонстративную суицидную попытку — вскрыл вены. Другую демонстрацию устроил после конфликта с родителями — взял у себя кровь шприцем из вены, развел в тазу водой и показывал соседям, убеждая их, что выпустил у себя полтаза крови. Вскоре сам бросил училище, стал проводить время в компании девиц легкого поведения. В момент катамнестического обследования через 2 года после повторной госпитализации работает на почте разносчиком телеграмм. Женился на женщине старше его на 7 лет, но вскоре ее бросил. Вернулся к родителям.

Умеренная психопатия (степень I). Компенсаторные механизмы хорошо выражены. Возможны продолжительные компенсации. Срывы обычно ситуативно обусловлены, их глубина и длительность пропорциональны психической травме. Декомпенсации проявляются заострением психопатических черт и нарушениями поведения, последние, однако, за исключением особо тяжелых ситуаций, не достигают крайних степеней. Социальная адаптация неустойчива, снижена или ограничена. При неустойчивой адаптации легко возникают срывы. При сниженной адаптации подростки учатся или работают явно ниже способностей. При ограниченной адаптации жестко очерчен круг интересов или резко определена узкая область, где возможна продуктивность, достигающая иногда выдающихся результатов (так называемые «талантливые психопаты»). В других даже близких областях сразу обнаруживается явная несостоятельность. Семейные отношения отличаются крайней избирательностью контактов и дисгармонией (чрезмерная привязанность к одним членам семьи, конфликты и разрыв с другими). При большинстве типов психопатий (кроме истероидной и неустойчивой) сохраняется относительно правильная оценка черт своего характера и критика к своему поведению, не всегда, однако, достаточно глубокая.

Александр Ф., 16 лет. Мать отличается претенциозностью, театральной манерой держать себя. С детства баловала сына, во всем ему потакала. Отец, увлеченный руководящей работой, сыном мало

интересовался. С детства рос капризным, упрямым, «за все брался и скоро остывал». В школьные годы обнаружил хорошие способности, но был неусидчив. Увлекался чтением фантастики. Охотно начал учиться играть на рояле, но вскоре бросил. Любил покрасоваться перед сверстниками, претендовал на роль заводи́лы. Летом после 8-го класса отрастил длинные волосы, решил пойти в техникум, «чтобы не стричься». Прошел по конкурсу, но вскоре стал прогуливать, вместо занятий ходил в кино, был отчислен. Поступил на завод учеником слесаря, работа не нравилась — «грязная», отлынивал. Уволился с завода, заявив, что готовится в техникум, но свободное время проводил в веселых компаниях. Тянулся к бездельникам, собирающимся около гостиниц, выдавал себя за сына родителей, занимающих очень крупные посты. Стал увлекаться «поп-музыкой», собрал большую коллекцию фотографий современных джазовых ансамблей, увесил ими все стены своей комнаты, которая стала предметом паломничества новых приятелей и приятельниц. Пытался изучать финский язык, чтобы «говорить с туристами», но вскоре тоже бросил — «надоело». Вступил в связь с девицей легкого поведения, стал выпивать (немного вина, водку пить избегал). Придя домой в состоянии легкого опьянения, устраивал матери истерики: рыдал, кричал, катался по полу, требовал денег на модную одежду, корил, что он «ходит как оборванец». В ответ на упреки в безделье на глазах родителей порезал себе вены на руке. Приобрел шприц, дома спрятал его так, чтобы нашла мать, хотел, чтобы она «приняла его за наркомана». Сознал, что однажды в компании курил гашиш, но, по его словам, никакого «сатисфейшн» не получил. Уколы себе делать побоялся. После обвинения в тунеядстве разыграл дома перед матерью «помешательство»: кричал, что он — наркоман, разделся голым и лег на пол, пытался бить стекла. При направлении в психиатрическую больницу выдавал себя за наркомана. Явлений абстиненции не обнаружил, сведения о действии наркотиков оказались отрывочными и случайными, явно почерпнутыми с чужих слов. В больнице тянулся к асоциальным подросткам, старался произвести на них впечатление. Врачу заявил, что он готовится поступить на юридический факультет.

Диагноз: истероидная психопатия умеренной степени.

Катамнез через полтора года. После выписки снова устроился учеником слесаря на другой завод, где мать работала в администрации. Там долго терпели его прогулы, но затем уволили. Бездельничает, «ждет призыва на военную службу», время проводит в компаниях, подражающих хиппи.

Дифференциация умеренных степеней психопатий и акцентуаций характера как крайних вариантов нормы представляет собой трудную задачу в подростковом периоде, когда при акцентуациях могут выступать такие черты характера и формы поведения, которые производят впечатление психопатических. Разграничение психопатий как патологических форм от крайних вариантов нормы особенно важно для экспертизы подростков перед призывом на военную службу (Н. Н. Тимофеев, 1957).

Следует еще раз подчеркнуть, что случаи акцентуаций представляют собой, хотя и крайние, но варианты нормы. Поэтому «акцентуация характера» не может быть психиатрическим диагнозом. Тип акцентуации — это преморбидный фон, на котором могут развиваться реактивные состояния, острые аффективные реакции, неврозы, патологические нарушения поведения, даже реактивные психозы — только они и могут служить в качестве диагноза. Однако в подавляющем большинстве случаев акцентуаций дело до этого не доходит.

Наши клинические наблюдения побудили выделить две степени акцентуации. Из них одна (явная) принадлежит к крайним, а другая (скрытая) к обычным вариантам нормы.

Явная акцентуация. Отличается наличием выраженных черт определенного типа характера. Тщательно собранный анамнез, сведения от близких, непродолжительное наблюдение, особенно в среде сверстников, позволяют распознать этот тип. Однако выраженность черт какого-либо типа не препятствует удовлетворительной социальной адаптации. Занимаемое положение соответствует способностям и возможностям. Особенности характера обычно хорошо компенсированы, хотя во время пубертатного периода они могут заостряться и обуславливать временные нарушения адаптации. Как правило, преходящая социальная дизадаптация и патологические нарушения поведения возникают вследствие только тех психических травм, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа характера.

Никита Б., 18 лет. Отец оставил семью, когда сыну было 10 лет, и интереса к нему не проявлял. Мать — доцент-математик, тяжело больна полиартритом, многие годы прикована к постели, имеет инвалидность первой группы. Дом ведет бабушка. С детства отличался капризами и эгоцентризмом. Требовал себе красивую одежду, презирал младшего брата за то, что тот помогал в домашнем хозяйстве. Был любимцем бабушки, которая тайком от матери давала ему деньги на сласти и развлечения. Учился хорошо, школьные годы прошли без нарушений поведения. Окончил 10 классов, пытался поступить на географический факультет университета, хвастался перед приятелями, что будет много путешествовать за рубеж. Не прошел по конкурсу, устроился лаборантом в научно-исследовательский институт, намеревался поступить в университет в будущем году. Обладая привлекательной внешностью, стал на работе заводить знакомства с женщинами старше себя, пользовался их вниманием,

заботами и т. п. Сам же о матери не заботился, жил за счет ее пенсий, заработанных денег ей не отдавал, тратил их на модную одежду. Неожиданно для себя получил извещение о предстоящем призыве в армию. Захотел воспользоваться инвалидностью матери для получения освобождения от призыва. Однако мать позвонила в военкомат и заявила, что сама просит взять ее сына на военную службу, так как не он ее, а она его содержит. Узнав об этом, придя домой, на глазах у матери выпил, по его словам, «тридцать таблеток димедрола». Затем стал нелепо себя вести — истерически хохотал, кричал, делал вид, что ловит что-то на стене, отвечал невпопад. Когда приехала скорая помощь, охотно отправился в больницу.

При поступлении сперва утверждал, что «ничего не помнит». Затем заявил, что пытался покончить с собой из-за «неудачной любви» — якобы сослуживица, в которую он влюблен, порвала с ним связь. При попытке врача связаться с его работой сразу стал просить ничего туда не сообщать. Сознал, что был обижен на мать, хотел избежать призыва в армию, чтобы «не терять там попусту время, а поступать в университет».

Диагноз: психически здоров. Демонстративное суицидальное поведение на фоне явной акцентуации по истероидному типу.

Катамнез. Призван в армию.

Скрытая акцентуация. В обычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не выражены совсем. Даже при продолжительном наблюдении, разносторонних контактах и детальном знакомстве с биографией трудно бывает составить четкое представление об определенном типе характера. Однако черты этого типа ярко выступают, порою неожиданно, под влиянием некоторых ситуаций и психических травм, опять же тех, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления». Травмы иного рода, даже тяжелые, могут не выявить типа характера. Обнаружение этих черт, как правило, не приводит к заметной дизадаптации. Самооценка может включать как латентные черты, так и черты противоположные, являющиеся следствием компенсации. Поэтому в самооценке могут фигурировать сочетания шизоидности и гипертимности, истероидности и психастеничности и т. п.

Михаил Б., 16 лет. В семье конфликтные отношения между строгим отцом и бабушкой по матери, с детства балующей внука. Отца не любит, считает деспотом; бабушку, хотя и эксплуатирует, но старается «не замечать»; привязан только к матери, которую ревнует к отцу. Развитие без особенностей. Учится удовлетворительно. Существенных нарушений поведения не было, но обнаруживает склонность к протестным реакциям. С 13 лет стал много курить, «назло отцу», который побил его за эпизодическое курение с прия-

телями. Отрастил длинные волосы, что раздражало отца, а когда учителя потребовали остричься — обрил голову наголо, чтобы «ходить по школе как уголовник, выпущенный из тюрьмы». Отношения с товарищами — хорошие, с некоторыми учителями — конфликтные. Особенно ненавидит учительницу, которая перед всем классом назвала его второгодником (в 8 классе остался на второй год из-за нескольких обострений хронической пневмонии). Увлекается спортом — боксом, греблей. После окончания школы хочет стать шофером междугородних автобусов, возить туристов. В этом выборе также звучит протест отцу, мечтающему о высшем образовании для сына.

Около полугода назад влюбился в одноклассницу. Та сперва принимала ухаживания, но затем отдала предпочтение другому юноше и предложила тому самому сказать об этом Михаилу. Сообщение ему было передано демонстративно в присутствии других одноклассников. Тяжело переживал как сам разрыв, так и то, что вдруг оказался предметом насмешек и пересудов. Заявил, что решил припугнуть возлюбленную. По его словам, оставшись один дома, рассчитал момент, когда родители должны скоро вернуться с работы, а вслед за этим эта девочка должна была позвонить по делу. Принял 10 таблеток седуксена и 15 таблеток беллоида. Оставил девочке прощальную записку: «Мой поезд уходит, желаю счастья...». Уснул и очнулся в реанимационном центре. Заявляет, что «не рассчитал и принял слишком много». По его словам, это — «с одной стороны хорошо, она подумает, что я — серьезно, но, с другой стороны, зачем было привозить в психиатрическую больницу?». Будучи в больнице, помирился с возлюбленной, которая вновь стала проявлять к нему внимание. Обеспокоен только как бы его поступок не помешал ему получить водительские права. В беседе с врачами, в общении со сверстниками и персоналом ни рисовки, ни позерства, ни других истероидных черт не обнаруживал.

Диагноз: острая аффективная реакция с суицидной попыткой на фоне скрытой акцентуации истероидного типа.

Катамнез. Окончил 10 классов. Повторных суицидных попыток и заметных нарушений поведения не было. В откровенной беседе через полгода сознался, что совершенная суицидная попытка отражала «минутное решение расстаться с жизнью», так как ситуация тогда казалась ему непереносимой. Ошибочно считал, что беллоид — сильный яд, «спутал с беленой». Рассказал, что при поступлении в психиатрическую больницу, когда ждал осмотра в приемном покое, «один алкоголик научил меня говорить врачам, что просто хотел попугать девочку, но не рассчитал и принял слишком много». Так и поступил, чтобы «быстрее выписаться».

Такова предлагаемая рабочая схема разделения психопатий и акцентуаций характера у подростков по степени тяжести — тяжелая, выраженная и умеренная психопатия; явная и скрытая акцентуация характера. С помощью этой схемы (табл. 1) нами было оценено 300 подростков мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет, поступивших в подростковую психиатрическую клинику по поводу патологических нарушений поведения, острых

аффективных реакций, реактивных состояний, но без явлений психоза и умственной отсталости. Во всех этих случаях ставился вопрос о диагностике психопатии.

Таблица 1

Частота разных степеней тяжести психопатий и выраженности акцентуаций характера среди подростков, поступивших в психиатрическую больницу

Степень тяжести или выраженности	Число слу- чаев	Процент от общего чис- ла (300)	Процент от числа	
			психо- патий (174)	акцен- туаций (126)
Психопатии:				
тяжелые	36	12	20	—
выраженные	84	28	48	—
умеренные	54	18	32	—
Всего	174	58	—	—
Акцентуации:				
явные	93	31	—	74
скрытые	33	11	—	26
Всего	126	42	—	—

Естественно, приведенные частоты относятся только к контингенту поступающих в психиатрические больницы. При обследовании подростков, состоящих на учете в диспансере, но не подвергавшихся госпитализации, видимо, доля акцентуаций и умеренных психопатий значительно возрастет. В здоровой популяции подростков процент психопатий, оказавшихся вне поля зрения психиатра, составит, вероятно, ничтожную долю, а акцентуации — лишь некоторую ее часть.

Проведенные нашим сотрудником Н. Я. Ивановым обследования 1650 здоровых подростков 14—18 лет — учащихся различных средних учебных заведений (табл. 2) — обнаружили, что в среднем акцентуации (не считая конформного типа¹) встречаются в 23% (в том числе в 22% среди подростков мужского и 25% — женского пола). Однако случаи, которые, ве-

¹ О частоте конформной акцентуации — см. стр. 160.

Таблица 2

Частота выявления (%) акцентуаций
в здоровой популяции подростков

Контингент обследованных	Акцентуации (без конформ- ного типа)		Явные акцентуации	
	маль- чики	девоч- ки	маль- чики	девоч- ки
Возраст 14—15 лет:				
8 класс средней школы	13	39	4	2
Возраст 16—18 лет:				
9—10 классы средней школы	29	24	2	2
то же математической школы	31	24	3	3
арктическое морское училище	21	—	0	—
педагогическое училище	—	16	—	1
физкультурный техникум	25	30	5	3
хореографическое училище	33	36	7	0

роятно, могли быть отнесены к явным акцентуациям, составили в среднем лишь 4%. Обращает внимание, что в популяции подростков мужского пола от 14—15 к 16—18 годам процент акцентуаций возрастает, среди же подростков женского пола — понижается. В средних учебных заведениях со строго регламентированным режимом (арктическое морское училище) среди юношей акцентуаций выявляется достоверно меньше, чем среди старшеклассников средних школ.

РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПСИХОПАТИЙ И ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ ПО ПРИЧИНЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Считать ли психопатии эндогенной, конституциональной аномалией характера или признать возможность их формирования исключительно под влиянием неблагоприятных, прежде всего социальных, влияний среды? Ответ на этот вопрос стал предметом споров с первых шагов зарождения учения о психопатиях.

В. М. Бехтерев (1886) полагал, что причинами могут быть как неблагоприятная наследственность, так и тяжелые нравственные условия, неправильное воспитание, дурной пример родителей, тяжкие общие заболевания. Однако большинство авторов склонялось к эндогенной концепции происхождения психопатий (Koch, 1891;

121899, 17

Краепелин, 1915; Kretshmer, 1921; Schneider, 1923; Т. И. Юдин, 1926; Kahn, 1928; П. Б. Ганнушкин, 1933). Изменения характера под очевидным влиянием среды стали выделяться в особые формы, называемые «социопатией» (А. К. Ленц, 1927), ситуационным развитием (П. Б. Ганнушкин, 1933), псевдопсихопатией (В. П. Осипов, 1936), реактивной психопатией (Е. К. Краснушкин, 1940), реактивными изменениями характера (Г. Е. Сухарева, 1959), дидактогией (Н. Н. Тимофеев, 1963, 1969) и т. п.

Возможность развития психопатии под действием тяжелой и длительной психической травматизации вызывает особенно горячие дискуссии в детской и подростковой психиатрии. Подростковый возраст весьма податлив влияниям среды. Условия последней могут способствовать не только разворачиванию и развитию или подавлению, компенсации эндогенно заложенных или в раннем онтогенезе приобретенных аномалий. Тяжкие удары судьбы, резко искажающая развитие личности обстановка могут оставить неизгладимый след в характере, когда падают на период его формирования.

Особую группу составляют изменения характера под влиянием пренатальных, натальных и ранних постнатальных мозговых заболеваний — травм, мозговых инфекций, тяжелых интоксикаций. Эти изменения характера обычно обозначают как «органические психопатии» (М. С. Певзнер, 1941; Г. Е. Сухарева, 1959), и они существенно отличаются от тех отпечатков, которые могут оставить на характере черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции или интоксикации, перенесенные в возрасте, когда морфологическое формирование мозга, в основном, уже завершено (Г. Е. Сухарева, 1972). Последние, в отличие от органических психопатий, чаще квалифицируются как психопатоподобные расстройства на почве органического поражения головного мозга. По мнению Г. Е. Сухаревой (1959), у детей большая часть психопатий относится к органическим.

К настоящему времени, благодаря исследованиям Binder (1960), О. В. Кербикова (1962), В. В. Ковалева (1969), Г. К. Ушакова (1973) и др., может быть предложена следующая рабочая систематика разнообразных психопатических форм применительно к подростковому возрасту.

Истинные, генуинные («ядерные» по О. В. Кербикову) психопатии. Решающей в их происхождении является неблагоприятная наследственность. В некоторых случаях удастся проследить наследование одного и того же типа характера, встречающегося у родителей, сиблингов, родственников по боковой линии. Чаще же в роду приходится встречать психопатические личности разных типов, а иногда и психические заболевания.

Ядерные психопатии выявляются даже при самых благоприятных условиях воспитания. Однако степень их тяжести в значительной мере определяется влиянием среды (Г. Е. Сухарева, 1972). Несмотря на эндогенную обусловленность, только некоторые типы психопатий (например, шизоидная) раскрываются с раннего детства. Для каждого типа имеется свой критический возраст, на который падает развертывание психопатических черт.

Психопатические или патохарактерологические развития («приобретенные психопатии» по О. В. Кербикову, «патохарактерологические формирования» по В. В. Ковалеву). Здесь важнейшим является неблагоприятное воспитание, дурное влияние окружающей среды, особенно в подростковом возрасте, когда завершается становление характера. Последствия подобных же неблагоприятных влияний в раннем детстве могут сглаживаться в подростковом периоде, если здесь развитие личности происходит в благоприятном окружении.

Известно, однако, что далеко не все дети и подростки, растущие в одних и тех же неблагоприятных условиях, обнаруживают психопатические черты. В одинаковой среде, в одной и той же семье вырастают и разные типы психопатов и совершенно здоровые личности. Вероятно, в подавляющем большинстве случаев необходимо, чтобы семена дурных средовых воздействий упали на подходящую для них эндогенно подготовленную почву. Такой почвой, нам представляется, чаще всего может служить акцентуация характера. Для психопатического развития на почве акцентуации необходимо не просто любое неблагоприятное социально-психологическое влияние. Необходимо такое воздействие, которое адресовалось бы к «месту наименьшего сопротивления» харак-

тера, и кроме того, было достаточно продолжительным, чтобы оставить стойкий след. Взаимоотношения между типами неправильного воспитания и психической травматизации, с одной стороны, и наиболее чувствительными к ним типами акцентуации характера, с другой, будут рассматриваться в главе V.

Лишь исключительные, особенно тяжкие влияния среды, способны, видимо, сформировать психопатию на любой почве. Из прежней, особенно дореволюционной практики известны случаи детско-подросткового госпитализма, когда все развитие от младенчества до юности шло в закрытых детских учреждениях с сугубо формализованным воспитательным режимом, к тому же обычно прикрывающим жестокие отношения между воспитанниками. В этих случаях правильнее говорить не о психопатическом (патохарактерологическом), а о психогенном развитии (Binder, 1960).

Наконец, следует отметить, что на первых порах психопатическое развитие еще обратимо, но далеко зашедшее становится неотличимым от ядерной психопатии (О. В. Кербиков, 1961; В. А. Гурьева, 1973).

Органические психопатии. Здесь аномалии характера развиваются вследствие воздействия на формирующийся в раннем онтогенезе мозг пренатальных, натальных и ранних (первые 2—3 года жизни) постнатальных вредностей. К ним относятся тяжелые токсикозы беременных, родовые травмы, внутриутробные и ранние мозговые инфекции, тяжелые длительные истощающие соматические заболевания с первых месяцев жизни и т. п. Эта группа психопатий рассматривается в главе VI.

Психопатоподобные расстройства на почве органического поражения мозга. Сюда относятся изменения характера после черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и тяжелых интоксикаций нейротропными ядами, начиная с возраста, когда формирование мозга в основном завершено — после первого возрастного критического периода, т. е. после 2—3 лет. Особое значение для подросткового возраста имеют черепно-мозговые травмы. Здесь чаще всего приходится иметь дело с известными картинами церебрастении и энцефалопатии (Н. Н. Тимофеев, 1958). Следует заметить, что перечисленные факторы, действуя

в возрасте с 4—5 лет и старше, особенно в подростковом, могут играть роль «второго удара» на фоне уже имевших место когда-то пренатальных, натальных или ранних постнатальных вредностей. Тогда вслед за вторым ударом может развернуться картина органической психопатии, до этого ступенчатая или вовсе незаметная.

К этой же группе психопатоподобных расстройств примыкают изменения характера, встречающиеся у больных эпилепсией. Типичные изменения, сходные с ядерной эпилептоидной психопатией, встречаются не ранее 5—6-летнего возраста (Г. Б. Абрамович, 1965). В генезе этих изменений важнейшую роль играет органическое поражение головного мозга — либо то же самое, что послужило причиной эпилепсии, либо явившееся следствием эпилептической болезни.

Психопатоподобные (псевдопсихопатические) расстройства при шизофрении и аффективных психозах. В подростковом возрасте почти все случаи шизофрении дебютируют с изменений характера. Они могут встречаться в периоде предвестников при остро начинающейся шизофрении. Ремиссии у подростков особенно часто сопровождаются психопатоподобными нарушениями. Наконец, существует особая форма — психопатоподобный вариант вялотекущей или медленнотекущей (Д. С. Озерцовский, 1973) шизофрении, которая начинается обычно в подростковом возрасте (Г. Е. Сухарева, 1974). Здесь изменениями характера, в основном, исчерпывается картина болезни. Дифференциация между психопатоподобными проявлениями шизофрении и становлением психопатии в подростковом возрасте представляет собой одну из самых трудных и сложных диагностических задач в психиатрии. При аффективных психозах (маниакально-депрессивном и шизоаффективном) как гипоманиакальные, так и депрессивные состояния в подростковом возрасте нередко маскируются психопатоподобным поведением и на первых порах распознавание истинной причины такого поведения не всегда бывает легким. Таковы основные пять психопатических форм, встречающихся в подростковом возрасте. С нашей точки зрения, первые три формы (ядерные психопатии, психопатические развития, органические психопатии) правомерно включить в понятие психопатии в широком смысле

слова. Именно этим формам посвящена данная монография. Две последние формы — изменения характера при органических поражениях головного мозга и при психических заболеваниях — правильнее относить к психопатоподобным расстройствам. Рассмотрение этих форм не входило в нашу задачу.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

П. Б. Ганнушкиным (1933) введен ряд понятий, отражающих динамику психопатий — возрастные кризисы (пубертатный и климактерический), идиопатические приступы или фазы, психогенные и соматогенные реакции, конституциональные и ситуационные развития и др. Наиболее распространенным термином, характеризующим динамику психопатии у взрослых, являются понятия «компенсация» и «декомпенсация». Компенсации могут осуществляться как за счет изменения «микросреды» (трудовой, семейной) на такую, где психопатические особенности позволяют лучше приспособиться (например, уединенный образ жизни для шизоида) и за счет выработки психологических механизмов, манеры поведения, образа жизни, контрастных психопатическим чертам и затушевывающим их (Г. В. Морозов, Н. К. Шубина, 1973). Срыв компенсации в силу эндогенных особенностей динамики или под влиянием факторов среды обозначается как декомпенсация.

В подростковом возрасте о декомпенсациях приходится говорить не так уж часто, потому что ни сама психопатия, ни компенсаторные механизмы нередко еще не сформированы. Как правило, дело приходится иметь с подростковым заострением психопатических черт, особенно если психопатия (например, шизондная) сложилась еще в детстве. Однако подростковый возраст не только заостряет и ухудшает, он несет с собой и новые компенсаторные возможности («депсихопатизация» по Г. К. Ушакову, 1973). Не случайно с реакцией гиперкомпенсации (глава II) у подростков приходится сталкиваться чаще, чем в детском возрасте.

Компенсация представителей гипертимного, эмоционально-лабильного, отчасти эпилептоидного и шизоид-

ного типов осуществляется обычно по пути подыскания той среды, где они себя чувствуют относительно привольно. Такой средой будет кипучая жизнь с массой новых впечатлений и возможностью всегда найти применение своей брызжущей энергии для гипертима, тепличная обстановка, доброжелательное окружение, психотерапевтическая атмосфера, возможность найти ободрение и сопереживание для лабильного подростка. Представители сенситивного и отчасти психастенического типов более склонны к реакции гиперкомпенсации и выработке контрастных черт характера. Отсюда энергичное занятие силовыми видами спорта у сенситива с целью «закалить волю», стремление к безапелляционным суждениям и быстрому, без раздумий выполнению решений у психастеника. Под влиянием психических травм или неблагоприятных ситуаций возможен срыв компенсаторных механизмов, и в таких случаях правомерно говорить о декомпенсации психопатий.

Эндогенные фазы у циклоидных психопатов начинаются обычно с периода полового созревания. С того же возраста становятся особенно выраженными дисфории у эпилептоидов, беспричинные периоды сниженного настроения у шизоидов.

Акцентуации характера большинства типов (кроме паранойяльного и отчасти сенситивного) также именно в подростковом возрасте получают наибольшую выраженность, что все же, как правило, не препятствует достаточной социальной адаптации. К концу подросткового периода или по миновании его проявления акцентуации могут сгладиться или быть компенсированы настолько, что, кроме как при особых обстоятельствах, не выявляться во вне. В таких случаях переходящие подростковые акцентуации (А. Е. Личко с соавт., 1973) переходят в скрытую, компенсированную форму (скрытые акцентуации).

Однако акцентуированные подростки представляют определенную опасность — они податливы пагубным влияниям среды и психическим травмам. Если психическая травма или сложившаяся ситуация наносят удар по месту наименьшего сопротивления акцентуированного характера, то его черты могут развернуться пыльным цветом, отражаясь на всем поведении, заостряясь до психопатического уровня. В таких случаях можно гово-

рить о психопатических реакциях у акцентуированных подростков, имея в виду, что изменение обстановки, сглаживание следов психической травмы, разрешение ситуации все вернет в обычное русло. Термин «психопатические реакции» используется также для спровоцированных психическими травмами резких изменений поведения у психопатов, для заострения черт психопатии в психогенной ситуации (В. В. Королев с соавт., 1972). Нам представляется более правильной точка зрения О. В. Кербикова (1962) — обозначать как психопатические реакции «временные, преходящие характерологические сдвиги, возникающие реактивно», которые могут стать толчком к психопатическому развитию (В. В. Ковалев, 1973), т. е. употреблять этот термин только при акцентуациях характера. Неразрешенные ситуации, длительная психическая травматизация, адресующиеся к месту наименьшего сопротивления, могут повлечь к перерастанию психопатических реакций в психопатические развития.

Помимо психопатических реакций, возможны острые аффективные реакции, которые на фоне акцентуации характера, особенно лабильного, гипертимного, эпилептоидного, истероидного типов, развиваются в ответ на тяжелые психические травмы или объективно трудные ситуации. Последние могут быть причиной затяжных реактивных состояний (невротических реакций, реактивных депрессий, реже — реактивных параноидов).

Наконец, на фоне акцентуаций характера в подростковом периоде могут возникать ситуативно обусловленные патологические нарушения поведения (делинквентность, употребление наркотиков, суицидная активность и др.) — смена обстановки на более благоприятную устраняет эти нарушения. Подоплекой таких ситуативно обусловленных нарушений поведения могут быть поведенческие реакции, общие как для детей и подростков (реакции оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации), так и специфически-подростковые (реакции эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением). Подобные реакции описываются в следующей главе.

Совсем недавно в учении о динамике психопатий наметился новый аспект (Н. И. Фелинская, 1974; В. Е. Пе-

липас, 1974) — изучение закономерностей трансформаций типов психопатий в силу конституциональных закономерностей или ситуативных воздействий. Некоторые подобные трансформации представлены нами при описании типов психопатий и акцентуаций (глава IV).

ГЛАВА II

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ [«поведенческие реакции»]

АКЦЕЛЕРАЦИЯ РАЗВИТИЯ И НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

В последние десятилетия стала чрезвычайно актуальной проблема нарушений поведения у подростков. Относительная частота этих нарушений и их крайние формы, нередко приобретающие патологический характер, совпали с другим феноменом, ярко выявившимся тоже в последние десятилетия — ускорением (акцелерацией) физического развития подростков, в том числе полового созревания.

Акцелерация начала выявляться еще в конце XIX века — сперва она охватила наиболее обеспеченное население городов, а затем, во второй половине нашего столетия, распространилась на все слои и почти на все страны (А. Зельцер, 1968). Акцелерация развития детей и подростков является частью более широкого комплекса явлений, получившего название секулярного тренда (дословно — тенденции века). К нему относят и увеличение вообще всех показателей физического развития населения — роста, массы, всех размеров тела, и более раннее половое созревание, и более позднее наступление климакса у женщин, и повышение средней продолжительности жизни, и многое другое. Есть в секулярном тренде и отрицательные черты — распространенность малодетных и бездетных семей, «постарение» населения, «помолодение» некоторых заболеваний, возможно, учащение врожденных пороков развития. К ним, с нашей точки зрения, можно добавить актуализацию проблемы инфантилизма — на фоне акцелерированной массы ин-

фантильные подростки оказываются в особенно тяжелом положении.

Очень ярко акцелерация выявляется в подростковом возрасте. Современные московские подростки значительно выше ростом своих сверстников в 1927 году — в 15 лет мальчики в среднем на 10 см, а девочки — на 6 см (А. А. Маркосян, 1969). Одним из признаков завершения физического созревания является, как известно, прекращение роста. У акцелерированных юношей рост стал заканчиваться к 17—19 годам, вместо 23—25 лет в прошедшие времена, а у девушек — к 16—17 годам, вместо 21—23 лет прежде. По сравнению с когортой подростков 30—40-х годов все показатели окостенения скелета «помолодели» на 1—3 года (В. А. Пашкова, 1973). Ускорилося и половое созревание — месячные у девочек стали начинаться на 1—1½ года раньше (Schonfeld, 1968).

Однако дело заключается не только в ускорении физического развития. Современная социальная жизнь предъявляет к нервной системе подростка иные, более высокие требования, чем полвека назад. Поток информации стал несравненно обильнее, впечатления разнообразнее и богаче, темп жизни более ускоренным, а образование более сложным. Физическая акцелерация, несомненно, сочетается с определенным ускорением психического развития, в частности, развития интеллекта и способностей. Новые программы в начальных школах, успешно введенные несколько лет назад, не только это подтвердили, но, возможно, дали благотворный стимул для выявления акцелерации интеллектуального развития.

Тем не менее взаимоотношения физической акцелерации и развития личности очень не просты (А. Д. Зурабашвили, 1973). Какие-то стороны психического развития все же не претерпевают ускорения. У акцелерированных подростков нередко долго еще сохраняются некоторые детские интересы, причудливо переплетающиеся с интересами взрослых. Слишком велика эмоциональная неустойчивость, податливость случайным влияниям. Чувство ответственности, долга, как правило, бывает на недостаточной высоте. Может быть, чрезмерно опекаемая старшим поколением жизнь современного физически развитого подростка не создает достаточных сти-

мулов для ускорения развития этой стороны психической сферы?

По мнению экспертов ВОЗ, акцелерация вносит определенный диссонанс в относительную гармонию физического и социального развития, присущую прежним поколениям (Маус соавт., 1971). Большинство современных юношей и девушек 15—16 лет по своему физическому, в том числе и сексуальному, развитию соответствуют 18—19-летним в двадцатых-тридцатых годах нашего столетия. Однако их социальный статус остается прежним: до 18—21 года они еще несовершеннолетние, вступление в брак для юношей в ФРГ, Дании, Швейцарии разрешается лишь с 20—21 года. Возможности самостоятельного полноценного заработка весьма ограничены, среднее специальное и высшее образование, к которым стремится все большая часть молодежи, завершается даже на год—два позднее, чем у сверстников прежних лет. Возникшая диспропорция между акцелерацией и социальным статусом, между физическим развитием и некоторыми сторонами социального созревания была предсказана еще И. И. Мечниковым (1903) как складывающаяся в процессе развития цивилизации.

Другая диспропорция возникает внутри одной возрастной когорты подростков. В одном и том же возрасте у одних половое созревание еще начинается, у других — оно в разгаре, у третьих — уже полностью завершено. Подростки с задержкой полового созревания оказываются в менее выгодном среди сверстников положении.

Все эти диспропорции могут быть факторами, способствующими нарушениям поведения. Наиболее неблагоприятным является особый вариант акцелерации (К. С. Лебединская, 1973), проявляющийся не снижением возраста начала полового созревания, а только резким ускорением его темпа. Начавшись, как обычно, в 12—13 лет, половое созревание протекает крайне бурно: за 2—3 года половой метаморфоз полностью завершается — подросток превращается во взрослого.

КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Разнообразие нарушений поведения у детей и подростков побудило к попыткам их систематизации. За рубежом наибольшую известность получили три класси-

фикации. Распространенная в США классификация Jenkins (1969) по существу является чисто описательной. Выделяется семь категорий нарушений поведения: гиперкинетическая реакция, реакция «ухода» (withdrawing), судя по описанию — аутистического типа, реакция тревоги, реакция бегства (runaway), «необщительная агрессивность» (unsocialized aggression), групповые правонарушения, прочие реакции. Другая классификация создана Heuyer (цит. по Rogot, 1952) на основе работ французских детских психиатров. В отличие от систематики Jenkins здесь делается попытка вникнуть в побудительные мотивы, лежащие в основе нарушений поведения. Французская классификация включает ряд поведенческих, личностных реакций — протеста, оппозиции, имитации и др. Известная в странах немецкого языка классификация Stutte (1960) представляет собой компликативную смесь синдромов (сенситивно-параноидные, обсессивные реакции), побудительных мотивов (гиперкомпенсаторные действия) и внешних проявлений нарушений поведения — ложь, воровство, побеги и т. п.

Вслед за Г. Е. Сухаревой (1959, 1972), О. В. Кербиковым (1961), В. В. Ковалевым (1973) в нашей стране для обозначения патологических нарушений поведения у детей и подростков стали использоваться заимствованные из французской классификации реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации.

Реакция отказа (*démission*) от контактов, от игр, от пищи чаще возникает у детей, внезапно оторванных от матерей, от семьи, от привычного места (помещение в детское учреждение, переезд на новое жилище и т. п.). У подростков, по нашим наблюдениям, эта реакция встречается редко. Она наблюдалась у инфантильных субъектов и при этом могла возникать, когда их отрывали от привычной компании сверстников, т. е. представляла собой инфантильный вариант одной из специфически подростковых реакций — реакции группирования, которая рассматривается ниже.

Реакция оппозиции Heuyer — Dublineau (цит. по Rogot, 1952) может быть вызвана чрезмерными претензиями к ребенку, непосильной для него нагрузкой — требованием быть отличником в учебе, преуспевать в занятиях языком, музыкой, фигурным катанием на коньках и т. п. Но чаще эта реакция бывает следствием утраты

или резкого уменьшения привычного внимания со стороны матери и близких. В детстве это может случиться при появлении младшего сиблинга, у подростка ту же реакцию может вызвать появление в семье отчима или мачехи. Ребенок разными способами пытается или вернуть прежнее внимание к себе, например представляясь больным, или досадить «сопернику», избавиться от лица, на которое внимание переключилось.

У подростков, по нашим наблюдениям, реакция оппозиции может сохраняться, если она появилась и укрепилась в детстве. Но лишь редко она впервые возникает в пубертатном периоде. Обычно это случается на фоне истероидной акцентуации характера. В этих случаях реакция оппозиции может адресоваться не только родным, семье, но и воспитателям, школе. Например, в ответ на требование директора школы остричь отращенные за лето модные длинные волосы 16-летний подросток приходит на школьное торжество наголо обритым (по его словам, «как преступник, отсидевший 15 суток за хулиганство»), шокируя своим видом педагогов и приехавшее начальство.

Проявления реакции оппозиции у подростков весьма разнообразны — от прогулов и побегов из дома до краж и попыток к самоубийству, чаще всего несерьезных и демонстративных. При этом и прогулы, и побегимеют целью либо избавиться от трудностей, либо привлечь к себе внимание. В побеге часто держатся недалеко от дома, стараются попасть на глаза знакомых или милиции. С этой целью может использоваться нарочитое бравирование алкоголизацией или употреблением наркотиков. Все эти демонстрации языком поступков словно говорят: «Обратите на меня внимание, избавьте от выпавших на мою долю трудностей — иначе я пропаду!».

Реакция имитации Joly (цит. по Michaux, 1953) сказывается в стремлении подражать во всем определенному лицу или образу. В детстве предметом для подражания являются родные или старшие из ближайшего окружения, позднее — герои книг и кино. У подростков моделью для имитации чаще становятся наиболее яркие товарищи или преходящие кумиры молодежной моды. Пример для подражания подросток обычно выбирает не сам, ему он диктуется его компанией сверстников, его подростковой группой. Взрослый может стать

объектом для индивидуальной имитации, если он является для подростка образцом в той области, где тот сам стремится достичь успеха. В силу этого в одежде, манере вести себя, суждениях подросток, увлеченный, например, каким-либо спортом, начинает подражать своему спортивному тренеру, а мечтающий об артистической карьере — какому-либо актеру кино или эстрады.

Причиной серьезных нарушений поведения реакции имитации может стать, когда образцом для подражания служит антисоциальный «герой». Не случайно культ гангстеризма, насилий, убийств, грабежа, возвеличивание удачливого «преступника-супермена» в американском кино, телевидении, бестселлерах способствовал в США росту преступности малолетних. Действие этого фактора в нашей стране ограничено законом, запрещающим книги и фильмы, пропагандирующие похождения уголовных преступников (Постановление ЦК ВКП(б) и СНК СССР от 31/V 1935 г.).

Отрицательная имитация отмечена нами относительно редко у подростков. Здесь имеет место своеобразное извращение реакции имитации. Весь модус поведения строился по принципу противоположного от искомого образца. Примером может послужить подросток, подчеркнуто отказывающийся ото всяких предоставляемых семьей материальных благ, от возможности поступить в заманчивое для других учебное заведение, предпочитающий поношенную одежду, скромно оплачиваемый нелегкий труд, компанию неудачников. Его поведение строилось по принципу противоположного с модели, которой служил его отец — преуспевающий дельца и стяжатель. У другого подростка пришлось столкнуться с аскетизмом и крайне утрированными моральными требованиями к себе и окружающим. Он вырос у матери-одиночки, отличавшейся сексуальной распушенностью. Третий подросток с органической психопатией и всем комплексом нарушений поведения, свойственных неустойчивому типу — прогулами, побегами, делинквентностью и т. п., даже будучи в компаниях асоциальных сверстников, упорно избегал употребление алкогольных напитков. С раннего детства он был свидетелем сцен, где его пьяная мать была предметом издевательств и насмешек окружающих. Реакция отри-

цательной имитации может также стать одной из форм проявления борьбы за самостоятельность — реакции эмансипации, которая рассматривается ниже.

Реакция компенсации — стремление свою слабость и неудачливость в одной области восполнить успехами в другой — свойственна как детям, так и в еще большей степени подросткам. Болезненный, хилый, физически слабый мальчик, неспособный постоять за себя в драке, показать себя в подвижных играх, спорте, физических соревнованиях, компенсирует свою слабость отличными успехами в учебе и поражающими сверстников энциклопедическими знаниями, позволяющими завоевать среди них определенный авторитет. И, наоборот, трудности в учебе могут восполняться «смелым» поведением, предводительством в озорстве и стать стимулом для нарушений поведения. По тем же мотивам шизоидный подросток, неуклюжий и неловкий, став объектом насмешек на уроках физкультуры, начинает увлекаться гимнастикой и йогой и поступает в клуб «моржей».

Реакция гиперкомпенсации (*surcompensation* французских авторов)¹ у подростков встречается даже чаще, чем в детстве. Здесь настойчиво и упорно добиваются высоких результатов именно в той области, где слабы. Перенесший в раннем детстве полиомиелит и с тех пор прихрамывающий мальчик усиленно занимается акробатикой и достигает заметных успехов. Страдавший заиканием подросток с увлечением отдается занятиям художественным чтением и выступает на любительских концертах. Присущая с детства робость в силу гиперкомпенсации может толкнуть на отчаянные и безрассудные по смелости действия, которые внешне могут показаться банальными нарушениями поведения. Боязливый, тихий и застенчивый подросток на глазах всего класса перелез по карнизу из окна в окно на высоте четвертого этажа. Поступок старшими был истолкован как хулиганство. Подросток же хотел показать товарищам свою «волю». Именно в силу гиперкомпенсации сенситивные, застенчивые и робкие мальчики при выборе видов спорта отдают предпочтение грубой силе — боксу, самбо, вольной борьбе и т. п.

¹ Как известно, термин «гиперкомпенсация» был использован Adler (1912) для обозначения одного из невротических механизмов. Здесь в этот термин вкладывается несколько иной смысл.

Все перечисленные реакции (отказа, оппозиции, имитации, компенсации и гиперкомпенсации) свойственны как детскому, так и подростковому возрасту. В последнем они даже нередко отходят на задний план, уступая иным, специфически подростковым поведенческим реакциям.

Г. Е. Сухарева (1959) выделяет особые патологические реакции подросткового возраста, относя к ним болезненное мудрствование, ипохондризацию, дисморфофобию, нервную анорексию и психопатоподобные формы поведения. Первые четыре из них являются разновидностями невротических реакций (или неврозоподобным дебютом шизофрении), а последняя — психопатоподобные формы поведения — объединяет многие виды поведенческих нарушений.

На основании наших наблюдений (А. Е. Личко, 1973, 1974), были выделены следующие описываемые далее типы поведенческих реакций, специфичные для подросткового возраста.

РЕАКЦИЯ ЭМАНСИПАЦИИ

Эта реакция проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, покровительства старших — родных, учителей, воспитателей, наставников, старшего поколения вообще. Реакция может распространяться на установленные старшими порядки, правила, законы, на их «стандарты» и «ценности». Потребность высвободиться («need of emancipation», по Masterson, 1968) связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение как личности.

Возможно, реакция эмансипации имеет какие-то биологические, филогенетические корни. У высших млекопитающих именно с периода полового созревания начинается борьба за свое место среди сородичей, за определенное положение в иерархической лестнице сложных взаимоотношений в стаде или стае (В. М. Боровский, 1936; Chauvin, 1963). Разумеется, эта гипотеза далеко не объясняет полностью возникновение реакции эмансипации у подростков. Она разворачивается под действием социо-психологических факторов. Одним из таких факторов, способствующих обострению этой реакции, является гиперопека подростка со стороны

старших, мелочный контроль, лишение минимальной самостоятельности и свободы, продолжающееся отношение к нему как к маленькому ребенку. Гиперопека особенно тяготит подростков с гипертимной акцентуацией.

Проявление реакции эмансипации весьма разнообразно. Она может ощущаться в каждодневном поведении подростка, в желании всегда и везде поступать «по-своему», «самостоятельно». Даже не сказываясь открыто на поведении, реакция эмансипации получает существенное отражение в результатах психологического обследования, касающегося отношения здоровых хорошо адаптированных подростков к родным, к опеке над собой и наставлениям, критике и возражениям в свой адрес, к правилам и законам (Н. Я. Иванов, 1973). Эмансипацией может быть продиктовано поступление на учебу или на работу обязательно с переездом в другой город, чтобы жить отдельно от семьи.

При психопатиях и некоторых подростковых акцентуациях характера одной из крайних форм проявления реакции эмансипации являются побеги из дома и бродяжничество, которые рассматриваются в следующей главе.

При шизофрении у подростков реакция эмансипации может получать отражение в психотической симптоматике, приобретая иногда вычурные или жестокие формы. Опека родителей расценивается как их намерение «лишить воли», запрет странных ночных блужданий вызывает бурную агрессивную реакцию. Вероятно, в избирательной жестокости к родителям, в «бреде чужих родителей» (Г. Е. Сухарева, 1937) кроется измененная болезнью реакция эмансипации.

РЕАКЦИЯ ГРУППИРОВАНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ

Дети охотно тянутся к старшим, часто даже предпочитают играть не с ровесниками, а с ними. Подросткам свойственно почти инстинктивное стремление к группированию со сверстниками. Подростковые группы проходят через всю историю человечества от первобытного общества и Древней Спарты через средневековые союзы до современных хиппи. Haffter (1966) полагает, что распространившиеся в последние десятилетия подрост-

ковые «банды» («gangs») с социологической точки зрения явление отнюдь не новое, а скорее архаическое.

Может быть, стремление подростков к группированию со сверстниками также имеет филогенетические корни. У высших млекопитающих, ведущих стадный образ жизни (некоторые виды обезьян, копытных и ластоногих), особи «подросткового возраста» образуют отдельные группы на периферии стада или даже обособляются в отдельные временные стада (В. М. Боровский, 1936; Chauvin, 1963). Интересно, что обезьяны-подростки реагируют депрессией на изоляцию от группы сверстников; ни у детенышей, ни у взрослых особей добиться депрессии этим способом не удастся (Schweischeimer, 1972). Однако подобное поведение молодняка высших млекопитающих также не может служить моделью для изучения подростковых групп, возникающих и функционирующих по социо-психологическим закономерностям. Эти закономерности еще мало изучены. По мнению Трешера (цит. по Haffter, 1966), подростковой группе присущ однополый состав, своя территория, тщательно охраняемая от появления на ней членов других аналогичных групп, в борьбе с которыми протекает жизнь, символические наименования групп (часто по названиям животных — «волки», «тигры», «акулы» и т. п.), особый ритуал или испытание при приеме новых членов. Однако Jablonsky (1970) считает, что современные подростковые сообщества чаще носят характер «парагрупп». Последние отличаются нечетким распределением ролей, нестойкостью и непостоянством связей, изменчивостью состава, частой переменой лидеров, нередко краткостью существования, минимальной внутренней регламентацией и отсутствием четких требований, удовлетворение которых необходимо для вступления в группу.

Реакцией группирования может быть объяснен известный факт, что подавляющее большинство правонарушений у подростков совершается в группе (Г. М. Миньковский, 1969; Я. М. Яковлев, 1971). Группа становится главным регулятором поведения для педагогически запущенных подростков.

Значение подростковых групп для психиатрии в последнее время все более привлекает внимание (Baitle, 1969; А. Е. Архангельский, 1971; Weiner, 1972; А. Е. Личко, 1973; А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова, 1973).

В обстановке военно-спортивного лагеря для подростков с нарушениями поведения быстро сколачиваются спонтанные группы (А. Е. Архангельский, 1971). Лидерства в них обычно добиваются подростки возбудимые (судя по описанию, скорее — гипертимные) — стеничные, ежеминутно бестрепетно готовые вступить в драку, общительные, активные, во все вмешивающиеся, шумные, легко вскипающие при противоречии и ограничениях. С воспитателями у них устанавливаются враждебные отношения.

Реже лидерами становятся истероидные подростки. Эти не завоевывают власть в борьбе, а, легко улавливая назревающие настроения в коллективе, подделываясь под желания группы, становятся наиболее демонстративными выразителями стремлений и настроений. В дальнейшем они поддерживают свою власть над группой руками какого-либо физически сильного, но дебильного и конформного подростка, которого умеют «очаровать» и которого используют как орудие расправы и запугивания.

По нашим наблюдениям, в условиях закрытого психиатрического отделения для подростков также стихийно складываются спонтанные группы. И также на лидерство в них претендуют те, кто наделен гипертимными или истероидными чертами. По данным нашего сотрудника А. П. Бизюка (1972), истероидам в этих условиях обычно выпадает роль формальных лидеров (старосты палат и т. п.). Подобное лидерство базируется на посредничестве между подростками и персоналом. Интересно, что неформальное лидерство в условиях закрытого больничного отделения с круглосуточным совместным пребыванием, регламентированным режимом и замкнутой системой контактов нередко достается не гипертимным, а шизоидным подросткам. Чрезмерная активность и общительность гипертимов в этих условиях быстро начинают тяготить. О них с раздражением говорят, что они пристают, всюду суются (на жаргоне подростков «возникают»). Шизоиды с их сдержанностью, внешним спокойствием, неназойливостью и вместе с тем независимостью становятся объектом симпатий и наиболее частого выбора для совместного участия в малых группах. В иных условиях специальных интернатов для трудновоспитуемых лидерство и формальное, и нефор-

мальное часто сразу сосредоточивается в руках подростка эпилептоидного типа. Этому способствует умение эпилептоида приспособиться к условиям строго регламентированного режима с иерархией самоуправления и подладиться к начальству, с одной стороны, и проявить жесткую власть и деспотизм над слабыми и менее стеничными сверстниками, с другой.

При психопатиях и акцентуациях реакция группирования весьма разнится в проявлениях в зависимости от типа характера. У гипертимных, неустойчивых и конформных подростков тяга к группированию выражена сильно и постоянно. Циклоидные подростки обнаруживают это стремление в положительной фазе. У истероидов реакция группирования отличается капризной изменчивостью. Они тянутся к обществу сверстников, экстравагантность группы (подражание хиппи, например) для них особенно привлекательна (А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова, 1973). Однако обычно они скоро заявляют, что «разочаровались» в своих приятелях. На самом же деле это случается, когда группа распознает их самих. Конформные подростки ценят место в своей группе и боятся его потерять. Для эпилептоида группа представляет ценность, если дает ему в руки власть или позволяет извлечь для себя выгоду.

При подростковой шизофрении реакция группирования порою приобретает уродливые формы. Подросток может оказаться в асоциальной группе, чьи интересы, манера поведения, ценности — все противоречит его преморбиду. Например, 14-летний мальчик, дотоле домосед, тихоня и любитель животных, неожиданно для всех оказывается в компании делинквентных сверстников, днями просиживает среди них по подвалам и чердакам, наблюдая за их пьянками, картежными играми, сексуальными оргиями, но сам не принимает в них участия, ограничиваясь ролью пассивного созерцателя. Другой подросток, полностью утратив контакты с товарищами, в своих фантазиях создает банду ровесников, руководит грабежами, насилиями и т. п.

При нарастании аутизма связи со сверстниками утрачиваются — реакция группирования в процессе развития шизофренического процесса обычно подавляется раньше и глубже, чем другие подростковые поведенческие реакции.

РЕАКЦИЯ УВЛЕЧЕНИЯ — ХОББИ-РЕАКЦИЯ

«Хобби» у взрослых могут быть и могут отсутствовать. Для подросткового возраста увлечения составляют важнейшую черту. Подростковый период без увлечений подобен детству без игр. К сожалению, проблема увлечений не освещена в современной психологической литературе. В социологических исследованиях Л. А. Гордона и Э. В. Кнопова (1972) подчеркивается нечто общее («функциональная связь») между разными видами непрофессионального культурного творчества, спорта, любительства и т. п., но обобщающего понятия не дается. С нашей точки зрения, увлечения составляют особую категорию психических феноменов, структурных компонентов личности, располагаясь где-то между влечениями, с одной стороны, и наклонностями и интересами, с другой. В отличие от влечений хобби не имеют непосредственной связи с инстинктами, со сферой безусловных рефлексов, с тем, что в физиологии высшей нервной деятельности принято называть безусловным подкреплением. В отличие же от интересов и наклонностей увлечения всегда более эмоционально окрашены, хотя и не составляют главную трудовую направленность личности, не являются профессиональной деятельностью, средством заработка.

Хобби подростков 60—70-х годов и разнообразны, и относительно ограничены. Футбол и хоккей, мотоспорт, автомашины и поп-музыка — наиболее частые предметы увлечений подростков мужского пола. Но наряду с ними приходится встречать самые разнообразные и неожиданные хобби. Попытка их систематизации составляет нелегкую задачу. Наша (А. Е. Личко, 1973; Ю. А. Скроцкий, 1973, 1974) рабочая классификация основана на стремлении разобраться в мотивах, толкающих на то или иное увлечение. С этой точки зрения выделены следующие типы.

Информативно-коммуникативные хобби — жажда постоянного получения новой легкой информации, не требующей никакой критической интеллектуальной обработки, а также потребность во множестве поверхностных контактов, позволяющих этой информацией обмениваться. Этот тип увлечений свойствен

неустойчивым и конформным подросткам — многочасовая пустая болтовня со случайными приятелями, глазение на происходящее вокруг, детективно-приключенческие фильмы, реже — книги того же содержания, почти все свободное время перед телевизором составляет содержание этого рода увлечений. Контакт и знакомства предпочитают такие же легкие, как и сама поглощаемая информация. Все усваивается на чрезвычайно поверхностном уровне и главным образом для того, чтобы тут же передать другим. Полученные сведения легко забываются, в их смысл обыкновенно не вникают и каких-либо выводов из них не делается. Все это можно считать не увлечением, а своеобразной манерой поведения, формой общения и т. п. Но все это занимает время и место увлечений. В социологических исследованиях (Л. А. Гордон, Э. В. Кнопов, 1972) подобное времяпрепровождение у взрослых названо «внесемейным общением» и считается особенно характерным для несемейной рабочей молодежи. Отмечается, что многочасовое пребывание на улице («молодежный характер вечерней улицы») отражает вовсе не интенсивность контактов, а лишь низкий их уровень. На подобные прогулки и болтовню тратится в 4—5 раз больше времени, чем на спорт, любительство и непрофессиональное творчество.

Увлечения, основывающиеся на чувстве азарта — картежные игры, ставки на футбольных и хоккейных матчах, различного рода пари на деньги, спортлото и т. п. Виды увлечений могут меняться, но каждое из них питается чувством азарта. Этот род увлечений чаще встречается у эпилептоидных и гипертимных подростков.

Увлечения, отражающие эгоцентризм — всякого рода занятия, показная сторона которых позволяет быть в центре внимания окружающих. Чаще всего это — художественная самодеятельность, участие в любительских эстрадных ансамблях, иногда спортивные соревнования — все, что дает возможность публичных выступлений, успеха, всеобщего внимания. Сюда же может относиться желание экстравагантно одеваться, сосредоточивая на себе взоры со всех сторон. Конечно, все это будет существенно отличаться побудительными мотивами от неподдельного интереса к искусству или спорту, или в случаях страсти к броской одежде — от простого

подражания моде. С целью привлечь к себе внимание могут избираться даже такие занятия как изучение иностранных языков, литературная деятельность, увлечение стариной, рисованием, попытки стать знатоком в какой-либо модной области. Однако все эти занятия в подобных случаях преследуют все ту же цель — демонстрацию своих успехов, привлечение внимания оригинальностью своих увлечений, желание возвыситься в глазах окружающих. Наиболее благоприятствуют этому, естественно, истероидные черты характера.

Увлечения, основывающиеся на страсти к накопительству — коллекционирование во всех его видах прежде всего. Учитывая, что любая коллекция, достигнув значительной величины, приобретает известную материальную ценность, можно допустить, что в основе этого рода увлечений лежит склонность к накоплению материальных благ. Устойчивая страсть к коллекционированию часто сочетается с особой тщательностью и аккуратностью. Наиболее яркие случаи здесь принадлежат эпилептоидам.

Увлечения, основанные на стремлении к телесно-мануальному совершенствованию — все, что питается намерением укрепить свою силу, выносливость, приобрести ловкость или искусные мануальные навыки — и так называемый «культуризм» в широком смысле этого слова, и разнообразные спортивные увлечения, а также стремление научиться что-то мастерить, шить, вышивать, ездить на велосипеде, водить мотоцикл или автомашину. Но все эти увлечения могут быть отнесены к данному типу хобби, если за ними стоит именно стремление развиваться в физическом отношении, овладеть определенными навыками и т. п. Те же самые увлечения могут базироваться и на эгоцентризме (возможность выставлять напоказ свои успехи) или на чувстве азарта. К телесно-мануальному совершенствованию склонны подростки самых разных типов характера, но особенно склонны сенситивные юноши, у которых эти увлечения тесно переплетаются с реакцией гиперкомпенсации.

Увлечения, основывающиеся на стремлении к лидерству — поиск ситуаций, где можно предводительствовать, руководить, организовывать и направлять других, даже если это касается случайных

в опасность собственное благополучие, или в силу необычности, странности и даже асоциального содержания самих увлечений. Последнее особенно присуще подросткам, заболевшим шизофренией. Например, один из них проводил многие часы за вычерчиванием планов фантастических городов, размещая там все транспортные пути, магазины, зрелища, другой все дни разъезжал в трамваях, «изучая» их маршруты, третий тайно коллекционировал неразорвавшиеся патроны и мины, собранные в местах прежних боев, извлекал из них порох, копил его, сам не зная в каких целях.

Разным типам психопатий и акцентуаций характера свойственны как определенные роды хобби, так и некоторые другие их особенности. Для неустойчивых и отчасти конформных подростков предпочтителен информативно-коммуникативный тип хобби, для истероидов — эгоцентрический, для epileptoidов — накопительский и азартный. Шизоиды порою удивляют необычностью своих увлечений. Гипертимные подростки склонны часто менять разные виды увлечений, циклоидные то бросать их, то снова обращаться к прежним.

Подростковые хобби имеют не только диагностическое, но и реабилитационное значение (А. Е. Личко, Л. П. Рубина, 1974). На них зиждется целый ряд мер по «эмоциональному отреагированию» (В. В. Ковалев, 1973), культуротерапия в реабилитации подростков (П. И. Коваленко, С. Н. Зинченко, 1973; Б. З. Драбкин, О. А. Трифонов, 1973), увлечения могут служить ключом для первого контакта при индивидуальной психотерапии (А. Е. Личко, Л. Б. Богдановская, Э. Г. Эйдемиллер, 1973).

РЕАКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФОРМИРУЮЩИМСЯ СЕКСУАЛЬНЫМ ВЛЕЧЕНИЕМ

Эти поведенческие реакции составляют важную, но мало изученную область. Сюда могут быть отнесены не только непосредственные проявления сексуальной активности — онанизм, включая совместный и взаимный, петтинг, ранние сексуальные связи, промискуитет, переходящий подростковый гомосексуализм и др. Встречаются нарушения поведения, внешне не имеющие сексуальной окраски, которые в действительности должны

быть отнесены к рассматриваемому кругу явлений (некоторые случаи демонстративных суицидальных действий, избирательной агрессии и т. п.). Данный тип реакций должен стать предметом особого психолого-сексологического изучения. Пока что подобные исследования немногочисленны, а получаемые сведения не всегда достаточно достоверны. Одна из наиболее обстоятельных современных работ осуществлена в Дании Hertoft (1969). Им обследовано 400 здоровых, хорошо социально адаптированных юношей 18—19-летнего возраста — учащихся и рабочих. Ранние сношения (в возрасте до 16 лет) отмечены у 52%, в том числе до 14 лет — у 4%. К петтингу прибегало 29%, из них достигали оргазма почти половина. В мастурбации, хотя бы эпизодической, признались 92%, в том числе 70% продолжали ее регулярно. Начали мастурбировать в возрасте до 14 лет — 37%. Совместную с другими подростками мастурбацию (common masturbation) отметили 41%, причем 9% получали удовольствие от взаимной (mutual) мастурбации. Эпизодически возникавшее гомосексуальное влечение было отмечено в 4%, в гомосексуальных сношениях (в Дании они не запрещены законом) призналось 2% обследованных юношей.

Все это свидетельствует, что сексуальное поведение подростков отличается чрезвычайной неустойчивостью и легко может приближаться к патологическим формам. Причиной этой неустойчивости является недифференцированная сексуальность подростков, отмеченная еще Moll (1893). Половое возбуждение у мальчиков-подростков может вызываться множеством раздражителей — мышечным напряжением в борьбе с товарищем, тряской при езде на транспорте, даже болью и страхом. Если оно достигает оргазма, то может закрепиться условно-рефлекторная связь (А. М. Свядош, 1974). Подобная стадия недифференцированной сексуальности, видимо, свойственна всем высшим млекопитающим. По данным Harlow (цит. по В. В. Антонову, 1972), у самцов макака резус с первых недель жизни эрекцию полового члена способны вызвать только механические раздражения гениталий. В возрасте 1—2 лет эрекции возникают спонтанно и сопровождаются попытками копулятивных движений, которые совершаются с особями как другого, так и своего пола, даже с животными других видов и

с неодушевленными предметами. С 4 лет копуляции совершаются только с самками своего вида.

В подростковом возрасте каждому типу психопатий и акцентуаций характера присущи определенные особенности сексуального поведения. Гипертимные подростки отличаются рано пробуждающимся и сильным сексуальным влечением и вследствие этого ранним началом половой жизни. Эмоционально-лабильные подростки склонны отдавать предпочтение флирту и избегают сексуальных эксцессов. Сенситивы и отчасти психастеники зачастую оказываются во власти глубоко скрываемых переживаний по поводу своей действительной или мнимой сексуальной неполноценности. Обычный онанизм легко обрastaет у них комплексом самообвинений. Шизоиды способны сочетать в себе высокий уровень моральных притязаний с грубой и даже извращенной сексуальностью. Половое влечение эпилептоидов отличается напряженностью и силой, рано пробуждается ревностью. Эгоцентризм и жажда признания истероидных подростков нигде, пожалуй, столь ярко не выступает, как в сексуальном поведении. Неустойчивые подростки нередко рано обогащаются сексуальным опытом в силу общений в асоциальных компаниях, хотя само либидо обычно у них не отличается большой силой.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Все перечисленные специфически-подростковые реакции — эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, сексуальные — могут быть как вариантами поведения в норме, так и представлять собой патологические нарушения (непсихотические или даже психотические). Это положение было сформулировано В. В. Ковалевым (1973) в отношении детских поведенческих реакций оппозиции, имитации и др. По его мнению, последние становятся патологическими, если распространяются за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли, если к ним присоединяются невротические расстройства, а также, если они затрудняют или нарушают социальную адаптацию.

Сходные критерии могут быть применены в отношении определения патологического характера специфически-подростковых реакций (А. Е. Личко, 1973). Пато-

логическая реакция от нормального подросткового поведения отличается следующими признаками:

1) склонностью к генерализации, т. е. способностью возникать в самых разных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе и неадекватными стимулами;

2) склонностью приобретать характер патологического стереотипа, повторяя как клише по разным поводам один и тот же поступок;

3) склонностью превышать определенный «потолок» нарушений поведения, никогда не переступаемый в норме;

Крайними примерами такого «превышения» могут послужить следующие экзотичные случаи. Один подросток собирал фотографии и картинки с изображением повешенных, изуродованных в катастрофах, истязаемых в нацистских лагерях, избиваемых полицией демонстрантов — все это явно превышало «потолок» в отношении нормальных коллекционерских хобби. Другой 14-летний подросток, у которого впоследствии была диагностирована шизофрения, пытался изнасиловать свою престарелую бабушку — подобный поступок также переходит такой «потолок» для реакций, обусловленных формирующимся сексуальным влечением.

4) склонностью рано или поздно приводить к социальной дизадаптации.

ГЛАВА III

ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ

Специфически-подростковые поведенческие реакции могут обнаруживаться по-разному. В патологических случаях на первом месте из проявлений стоят такие нарушения, как уклонение от учебы и труда, мелкое хулиганство и мелкое воровство, пренебрежение правилами поведения в общественных местах, вызывающая манера вести себя, драки, и целый ряд близких к этому поступков — все это в последнее время получило название делинквентного поведения. Ближе к нему примыкают побеги из дома и интернатов, бродяжничество. За ними следует алкоголизация и знакомство с наркотиками. Наконец, важное место среди крайних форм проявления специфически подростковых реакций занимает

суицидальное поведение. Другие проявления поведенческих реакций, в частности выраженная сексуальная девиантность, встречаются реже — о них будет упоминаться при изложении соответствующих типов психопатий и акцентуаций в главе IV.

ДЕЛИНКВЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Под делинквентным поведением подразумевается цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений (от лат. *delinquens* — совершающий проступок, правонарушитель), отличающихся от криминала, т. е. наказуемых согласно уголовному кодексу серьезных правонарушений и преступлений. Делинквентность подростков обычно начинается с систематических прогулов, уклонения от учебы и от работы, за которыми следуют нарушения общественных правил, мелкое хулиганство, мелкое воровство.

В подавляющем большинстве причинами подростковой делинквентности являются недостатки воспитания. От 30 до 85% делинквентных подростков вырастает в неполной семье — без отца или в семье «деформированной» — с недавно появившимся отчимом, реже — мачехой. Немалое значение имеет безнадзорность, воспитание по типу «гипоопеки» (Jenkins, 1967; В. Я. Гиндикин, 1968). Росту делинквентности подростков способствуют социальные потрясения, влекущие безотцовщину и лишаящие опеки — примером может послужить армия беспризорников после гражданской войны (Н. И. Озерецкий, 1932). Таким образом, далеко не всегда делинквентность связана с психопатиями. Однако на фоне некоторых аномалий характера, включая крайние варианты его нормы, имеется меньшая устойчивость в отношении неблагоприятного непосредственного окружения, большая податливость пагубным влияниям. По мнению Michaux (1964), до 70% делинквентных подростков обнаруживает изначальные «нарушения характера». Его данные отражают популяцию мирного времени в высококоразвитой стране. Н. И. Озерецкий (1932) среди беспризорных периода послевоенной разрухи психопатию диагностировал лишь в 21—28%.

Среди обследованных нами 300 подростков мужского пола 14—17 лет, госпитализированных в подростковую

психиатрическую клинику без явлений психоза в связи с нарушениями поведения, острыми аффективными реакциями и реактивными состояниями, делинквентное поведение отмечено в 40%. Первые места в самой делинквентности занимали прогулы (60% от числа подростков с делинквентным поведением), мелкое воровство (57%) и драки со сверстниками (52%). Другие формы делинквентности — хулиганство, отнимание мелких денег у малышей и слабых сверстников (на жаргоне делинквентных подростков обозначается словами «трясти деньги»), угон велосипедов и мотоциклов с намерением покататься, приставание к иностранцам, выпрашивание у них подачек, вызывающее поведение в общественных местах — встречается значительно реже — в 10—30% делинквентности. Все это, в основном, соответствует литературным данным (Michaux, 1953, 1964; Г. М. Миньковский, 1968; Stutte, 1960; Jenkins, 1967).

Склонность к делинквентности связана как со степенью аномалии характера (психопатия, акцентуация), так и еще более с ее типом. Делинквентное поведение нами отмечено в случаях, квалифицированных как психопатии, в 49% и как акцентуации характера — в 29% ($p < 0,05$). Наиболее подвержен делинквентности неустойчивый тип (75% обследованных представителей этого типа), за ним следуют эпилептоидный (61%) и истероидный (52%). Делинквентность среди шизоидов отмечена в 45%, среди гипертимных подростков — в 36%, другим типам она вообще не свойственна. Следует отметить, что делинквентность шизоидов и эпилептоидов обычно проявляется, когда отклонение характера от нормы достигает степени психопатии. У гипертимов, истероидов и неустойчивых делинквентность достаточно часто обнаруживается даже на фоне акцентуации.

Каждому типу психопатий и акцентуаций соответствуют еще некоторые другие особенности делинквентного поведения. У неустойчивых наблюдаются два возрастных «пика», когда чаще всего дебютирует делинквентность. Один из них совпадает с переходом в 4—5-й классы — от одного учителя к предметной системе с усложнением программы и одновременно с началом пубертата, другой «пик» падает на окончание 8-летнего образования и переходом к профессиональному обучению. Делинквентность неустойчивых в 90% сочетается

с злоупотреблением алкоголем. У гипертимов начало делинквентности в 50% падает на доподростковый возраст—10—12 лет. Делинквентность истероидов начинается относительно равномерно от 12 до 15 лет. Выявляется особая склонность к мелкому воровству, вызывающей манере вести себя, приставанию к иностранцам. Алкоголизация встречается лишь в 35%. Зато у 60% угроза наказания за совершенные проступки толкала на демонстративное суицидное поведение. Возрастные особенности дебюта делинквентности у эпилептоидов сходны с таковыми у неустойчивых, но драки и жестокие избиения не уступают мелкому воровству. Начало делинквентного поведения у шизоидов в 60% относилось к старшему подростковому возрасту—15—16 годам. У них нередко приходится сталкиваться с сексуальной делинквентностью (развратные действия, эксгибиционизм, гомосексуальные сношения и др.).

Мотивы одних и тех же делинквентных поступков могут быть самыми различными в зависимости от типа характера. Кражи неустойчивого подростка — чаще всего путь раздобыть средства для развлечений и удовольствий. У гипертима они же могут носить «престижный» характер, т. е. призваны показать сверстникам его смелость и превосходство. Эпилептоиды крадут прежде всего имея целью присвоение определенной материальной ценности, но иногда сам риск, острые ощущения в процессе совершения кражи доставляют им трудно описываемое наслаждение. Среди шизоидов встречались «символические» кражи — совершаемые во имя какой-либо идеи или присвоение предметов, принадлежащих объекту тайного обожания.

ПОБЕГИ ИЗ ДОМА И БРОДЯЖНИЧЕСТВО

Побеги из дома и бродяжничество нередко также рассматриваются как одна из форм делинквентности. Однако, по нашим данным, делинквентность лишь в 30% сочетается с побегами из дома (от 55% у гипертимов до 15% у эпилептоидов). Побеги, с нашей точки зрения, представляют особую форму нарушений поведения.

Первые побеги нередко начинаются еще в детстве, до начала пубертатного периода. Может быть, поэтому

данная форма нарушений поведения лучше других исследована детскими психиатрами (Michaux, 1953; Г. Е. Сухарева, 1959; Stutte, 1960; Jenkins, 1971; Т. А. Климушева, М. И. Ружайский, 1971; Е. А. Косова, 1971; Ф. И. Иванова, 1972; С. А. Каспарова, 1974).

Подростковые побеги в подавляющем большинстве существенно отличаются от истинной дромомании (пориомании, фуг), проявляющейся в беспричинном, неудержимом, периодически обостряющемся влечении к дальним странствиям, нередко переживаемом как нечто чуждое и неодолимое. Подобные дромоманические побеги встречаются у подростков относительно редко — при эпилептоидной психопатии или эпилептоидоподобном варианте картины органического поражения головного мозга. По нашим данным, среди госпитализированных подростков с психопатиями и акцентуациями характера побеги встречались в 25%. Частота побегов среди аналогичного контингента подростков во Франции — 20% (Demay-Laulan и соавт., 1968). Однако побеги дромоманической природы составляют лишь десятую часть. Близко к дромомании по своему происхождению, возможно, находятся побеги в дебюте шизофрении. Эти побеги могут совершаться подростками без объяснений, без мотивов, без каких-либо толкающих на них ситуаций или бредовых и галлюцинаторных переживаний (А. У. Нураева, 1973).

Г. Е. Сухарева (1959) обратила внимание, что первые побеги обычно совершаются из-за страха перед наказанием или как реакция протеста, а по мере повторения превращаются в условнорефлекторный стереотип. Наиболее обстоятельно эта форма нарушений поведения систематизирована Stutte (1960), который выделяет: 1) побеги как следствие недостаточного надзора, в целях развлечения и удовольствия; 2) побеги как реакцию протеста на чрезмерные требования или недостаточное внимание со стороны родных; 3) побеги как реакцию тревоги из страха наказания у робких и забитых; 4) «специфически пубертатный побег» вследствие фантазерства и мечтательности и др.

При определенных социальных условиях побеги подростков из дома могут приобретать эпидемический характер. Примерами тому могут послужить массовое

беспризорничество в нашей стране в период гражданской войны и послевоенной разрухи, а в США 1929 год — время тяжелого экономического кризиса. В обоих случаях подростков из дома гнали голод и нужда.

Менее понятным оказалось массовое распространение побегов среди подростков в США в последнее время. Как сообщает United States News and World Report (24th April 1972; 3d September 1973), если в 1929 г. — в год тяжелого кризиса — из дому убежало 200 тыс. подростков, то в 1963 г. — 300 тыс., в 1970 г. — 600 тыс., а в 1972 г. число беглецов достигло почти миллиона! В 1968 г. полицией задержано в связи с правонарушениями 136 тыс. беглецов-подростков, а в 1971 г. — уже 204 тыс. (Howell с соавт., 1973). Сопоставление числа беглецов и правонарушителей также указывает, что делинквентность и побегі на массовом материале сочетаются приблизительно в 20%, т. е. еще реже, чем на материале нашей психиатрической клиники (30%). Число сбежавших из дому девочек в США стало превышать число беглецов-мальчиков. Причинами побегов служат как безнадзорность, так и ссора с родителями, «протест семье, школе, всему образу жизни», поиск приключений и «свободы». Предполагается, что рост числа побегов связан с такими социальными сдвигами, как «распад большой американской семьи» с дедушками, бабушками и т. п., рост числа разводов (в 1972 г. число разводов в США достигло 33% от числа заключенных в тот год браков)¹, постоянные массовые миграции населения в поисках лучшей работы (ежегодно около 20% населения США переезжает в другие города) и, наконец, заполнение почти всего детского досуга телевизором (64% свободного времени школьника), заменившим контакты с родителями. В итоге подростки-беглецы («ранэуэйсы») стали в США социальной проблемой: на борьбу с ними ассигнуется 30 млн. долларов в год, не считая благотворительных средств.

Ранэуэйсы и близкое к ним «уличное племя» (street people), к которому относят подростков, формально не

¹ По нашим данным, 40% подростков-беглецов были из неполной или измененной (отчим, мачеха) семьи, что достоверно чаще, чем частота таких семей в общей популяции подростков — 22% (Л. Г. Сагатовская, 1968).

сбежавших из дому, но возвращающихся туда лишь для ночного сна, да и то не всегда, вовсе не считают свое положение тяжелым или трудным. Они часто происходят из внешне благополучных семей среднего достатка. Свою жизнь на улице со злоупотреблением наркотиками, сексуальной свободой, поиском пищи и места для ночлега, стычками с полицией они находят интересной и обогащающей их опытом. Отношение же с родителями обычно бывает крайне напряженным. Они особенно склонны винить во всем отца. Родители, по их словам, не относятся к ним как к самостоятельным людям, не принимают их всерьез. Девочек особенно волнует осуждение родителями их манеры одеваться, выбирать друзей, развлечения и т. п. Речь, как правило, идет о постепенном, но неуклонном накоплении взаимного недовольства, которое предшествует побегу (Howell с соавт., 1973). В противовес США в нашей стране ранэуэйсизм не является социальной проблемой. Однако участвовавшие, видимо, в последние годы побегі подростков из дому и интернатов стали беспокоить нашу общественность¹.

Данные нашего сотрудника А. У. Нураевой (1973) позволили выделить в зависимости от побуждающих мотивов следующие типы побегов у подростков.

Побеги как следствие реакции эмансипации являются наиболее частыми (45% от 47 обследованных нами подростков-беглецов). Эти побеги совершаются, чтобы избавиться от опеки и контроля родных или воспитателей, от наскучивших обязанностей и понуждений и устремиться к «веселой», «свободной», «легкой» жизни. Начало этих побегов падает в основном на возраст 12—15 лет. Поводом для первого побега нередко являются ссоры, вернее — столкновения с родителями или с воспитателями интерната. Но не страх перед ними, а жажда освободиться от опеки, надоевшего режима, наскучившего образа жизни толкают к побегу. Эмансипационные побеги часто совершаются с одним-двумя приятелями, или таковые приобретаются в процессе самого побега. В 85% этим побегам предшествуют прогулы занятий, в 75% они сочетаются с де-

¹ Бегство на юг. — «Комсомольская правда», 15 октября 1972 г.; Побег. — «Литературная газета», 13 февраля 1974 г.

линквентным поведением, в 32% — с алкоголизацией во время побега. Употребление наркотиков среди обследованных подростков-беглецов отмечено в 16%. Какие-либо проявления суицидального поведения в анамнезе были найдены в 24%, но непосредственно с побегом они обычно не сочетались. Эмансипационный тип побегов наиболее характерен для психопатий и акцентуаций неустойчивого и гипертимного типов.

Пример эмансипационного побега см. стр. 87 (Дмитрий А.).

Ситуативно-обусловленные побеги составили 26% и чаще всего были следствием жестокого обращения, суровых наказаний, «расправ» со стороны родных. Им способствовало положение изгоя или Золушки в семье. Эти побеги могли быть также вызваны преследованиями со стороны соучеников в интернате или иными объективно тяжкими ситуациями. Такие побеги обычно совершались в одиночку. Во время них все поведение подростка строилось так, чтобы забыться, отвлечься от тяжелой ситуации, толкнувшей на бегство. В побеге подростки обычно не склонны совершать другие проступки. Например, деньги на еду добывались собиранием пустых бутылок, продажей собранных цветов, но не воровством. Возраст начала ситуативно-обусловленных побегов весьма различен — от 7 до 15 лет. В 16—17-летнем возрасте вместо побега, возможно, изыскиваются иные пути отделения от семьи, например, поступление на учебу или на работу с общежитием. Ситуативно-обусловленные побеги констатированы у 13% обследованных нами шизоидов (это чаще всего были побеги из интернатов или пионерских лагерей), у 8% представителей лабильного и сенситивного типов и только у 6% гипертимов. При других типах психопатий и акцентуаций ситуативно-обусловленные побеги встречались в единичных случаях.

Побеги как следствие реакции оппозиции наблюдались в 20%. Их первый отличительный признак — относительно небольшой ареал: убегают недалеко и в те места, где надеются быть увиденными, пойманными и возвращенными. В побеге ведут себя так, чтобы обратить внимание окружающих на свой побег. Нечто сходное в манере держаться здесь имеется с демонстративным суицидальным поведением. Причи-

ной оппозиционных побегов является желание привлечь к себе особое внимание близких или вернуть это внимание, утраченное или ослабленное в силу каких-либо причин (например, появление в семье младшего сиблинга или отчима). Иногда вместе со вниманием подросток требует себе определенных материальных благ, особого положения, которое позволило бы ему возвыситься в глазах сверстников. Реже оппозиционный побег бывает связан с чрезмерной, непосильной для подростка нагрузкой, например с настойчивым требованием родителей учиться лучше, чем позволяют подростку его способности. Оппозиционные побеги могли начинаться на всем протяжении подросткового возраста — от 12 до 17 лет. Бóльшая их доля падала на представителей истероидного типа (10% обследованных истероидов), изредка они встречались у представителей лабильного и эпилептоидного типов. Пример побега как следствия реакции оппозиции — см. стр. 10 (Алексей Б.).

Дромоманические побеги являются самыми редкими (9% обследованных нами подростков-беглецов). Этим побегам предшествует внезапно и беспричинно изменившееся настроение («какая-то скука», «тоска»). Появляется немотивированная тяга в дальние края, к полной смене обстановки. В побег пускаются в одиночестве, попутчики отсутствуют или приобретаются случайно. Ареал быстро расширяется от побега к побегу. Во время побега внезапно появляется желание вернуться домой — возвращаются измученные, притихшие, послушные. Причину побега объяснить не могут, поступка своего стыдятся и слишком большая настойчивость при расспросах здесь может толкнуть на новый побег. Дромоманические побеги могут сочетаться с дисфориями и иными расстройствами влечений — гиперсексуальностью, перверзиями, стремлением напиваться пьяным «до отключения», садо-мазохистическими тенденциями. Среди 4 наблюдавшихся нами подростков-дромоманов трое принадлежало к эпилептоидоподобному варианту органической психопатии, один — к эпилептоидному типу психопатии ядерной.

Алексей И., 18 лет. Родился от беременности, которая протекала с тяжелым токсикозом. В раннем детстве отставал в развитии, фразовая речь появилась только в 6 лет. По словам матери, рос «ди-

карем», мешковатым и неловким, с 3 лет убегал играть на помойки, где копался в отбросах и таскал их домой. В 9 лет убежал в пригород, развлекался там разведением костров, лез прямо в огонь, получил тяжелые ожоги. Учился плохо, с трудом окончил 8 классов, в 9-м остался на второй год и бросил школу. Часто меняет места работы — «становится скучно».

С 15 лет стал совершать дальние побеги на юг. Рассказал, что желание убежать возникает у него внезапно — вечером появится, утром уже должен пуститься в бегство, иначе чувствует непереносимую скуку и какое-то беспокойство. Для поездок крадет деньги у родных. Однажды, когда денег не было, продал за бесценок свою любимую вещь — заграничный транзисторный приемник. Убегает всегда один и всегда устремляется на Черноморское побережье Кавказа (в детстве туда на лето ездил с родными). В побеге бесцельно слоняется, заводит случайные знакомства, тут же обрывает, крадет пищу и мелкие деньги («ровно столько, чтобы поесть»). В какой-то день внезапно появляется желание вернуться домой — возвращается самостоятельно или шлет телеграмму родным, чтобы выслали денег на дорогу. О побегах говорит со смущением, оценивает их как что-то ненормальное, просит его лечить. Плохо переносит алкоголь — от малых доз наблюдается опьянение по амнестическому типу. Сексуальную жизнь не раскрывает. По словам родных, с девушками не встречается, приятелей не имеет.

В психиатрической больнице режима не нарушал, охотно работал, избегал компании асоциальных подростков.

При неврологическом осмотре — асимметрия лицевой иннервации, легкая девиация языка влево. На ЭЭГ — без выраженных изменений. Последние два года обнаружилась склонность к полноте.

Диагноз. Органическая психопатия II степени. Эпилептоидоподобный вариант.

Катамнез через 3 года. Находится в тюрьме. Осужден за мелкую кражу, совершенную во время очередного побега.

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ (ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ) И РАННИЙ (ПОДРОСТКОВЫЙ) АЛКОГОЛИЗМ

Знакомство с опьяняющими дозами алкоголя уже в возрасте 12—14 лет и злоупотребление алкогольными напитками в более старшем возрасте должны рассматриваться как одна из форм нарушения поведения. Ряды взрослых алкоголиков пополняются, в основном, за счет тех, кто начинает выпивать с подросткового возраста. По данным А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой (1971), до 80% алкоголиков начинает пьянствовать в возрасте до 20 лет.

Алкоголизация подростков с нарушениями поведения представляет собой серьезную проблему, особенно привлекающую внимание в последнее время (А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова, 1974; Е. А. Данилова, 1974;

И. В. Стрельчук, 1974). Н. И. Фелинская (1965) нашла, что среди подростков, состоящих на учете в милиции в связи с нарушениями поведения, в 13% может быть диагностирован алкоголизм. В. Я. Гиндикин (1968) к этой величине на том же контингенте добавил еще 25% «склонных к алкоголю». Среди тех, кого считали трудными в обычной школе, часто выпивали 14%.

В зарубежной литературе последних лет алкоголизации подростков уделяется намного меньше внимания, чем употреблению наркотиков. По мнению Mader (1972), в Австрии наблюдается снижение алкоголизма: у криминальных подростков в 1965 г. алкоголизм отмечен в 38%, а в 1970 г. — в 29%. Stacey, Davis (1970) большую роль в пьянстве подростков отводят подчинению нормам поведения своих юношеских групп. Аргументом же в устах самих подростков служит стремление к приятному самочувствию. Nassal (1969) в Шотландии обнаружил, что «молодые алкоголики» первые выпивки начинают в среднем в возрасте 15 лет и почти все до 17 лет.

По нашим с Л. П. Рубиной наблюдениям, среди состоявших на учете милиции злоупотреблявших алкоголем подростков 40% начали выпивки в возрасте 11—13 лет, еще 40% — в 14—15 лет и лишь 20% — в 16—17 лет. Среди них 38% происходили из неполных семей — выросли с одинокими или разведенными матерями. Однако материальные трудности, видимо, не имеют существенного значения — лишь 28% подростков, злоупотреблявших алкоголем, происходили из семей с низким заработком.

Довольно немногочисленные исследования алкоголизации у подростков направлены, таким образом, в основном, на выяснение значения социально-психологических факторов — роли неполной семьи, алкогольного примера родителей, неправильностей воспитания. Отдавая должное их значимости, нельзя обойти стороной предрасполагающие к алкоголизму аномалии характера. В случаях некоторых психопатий и акцентуаций характера у подростков можно ожидать большую уязвимость в отношении алкоголя.

Проблема взаимоотношения алкоголизма и психопатий рассматривается в основном у взрослых. Лишь Mader (1972) среди алкоголиков-подростков с крими-

нальным поведением нашел 52% психопатов. А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1971) отметили, что при психопатиях у взрослых алкоголизация начинается в более молодом, чем обычно, возрасте, отличается массивностью и быстрым формированием компульсивного влечения, появлением амнезий в опьянении и неуклонно нарастающей социальной декомпенсацией.

Среди наблюдавшихся нами 300 подростков мужского пола с нарушениями поведения, госпитализированных в психиатрическую больницу без явлений психоза, хронический алкоголизм составил 6% (I стадия — 4%, II стадия — 2%), но злоупотребление алкоголем констатировано еще у 23%. В то же время среди 100 подростков мужского пола, заболевших шизофренией, алкоголизация отмечена в 18%. Соотношение числа случаев психопатий и акцентуаций среди страдающих хроническим алкоголизмом (7:6) достоверно не отличалось от этого соотношения у других госпитализированных подростков (4:3).

Однако в типологическом отношении группа юных алкоголиков была представлена только двумя типами — неустойчивым (9 случаев) и эпилептоидным (9 случаев). Злоупотребление алкоголем, не достигающее степени алкоголизма, имело место у 45% обследованных представителей неустойчивого типа, у 35% — эпилептоидного, у 28% — истероидного и истероидно-неустойчивого и у 26% гипертимного и гипертимно-неустойчивого. Среди шизоидов алкоголем злоупотребляли лишь единицы, кстати, всегда предпочитая легкие степени опьянения.

Высокая частота алкоголизации подростков неустойчивого типа вполне понятна — страсть к легким развлечениям и удовольствию составляет одну из главных черт этого типа. Вино рассматривается ими как необходимый атрибут культа развлечений. Поэтому выпивки всегда осуществляются в группе асоциальных сверстников и даже, когда формируется алкоголизм II стадии, продолжают в компании собутыльников. В качестве мотива алкоголизации обычно приводится желание испытать веселое настроение, предпочитают не очень глубокие эйфорические степени опьянения. Вино привлекает более, чем водка («водка невкусная», «слишком быстро валит»).

Виктор К., 16 лет. Из непьющей семьи. С детства был хилым (искусственное вскармливание), худеньким, медленно рос, в 7 лет из-за слабого физического развития не взяли в школу. Часто болел ангинами. Воспитание было необычным: нежный ласковый отец и довольно суровая мать. В младших классах под контролем отца неплохо учился. Отличался трусливостью, дружил с мальчиком, который его защищал. Боялся воров и бандитов. Когда ему было 11 лет скоропостижно скончался его отец. Не прошло и года, как на его глазах погиб под автомашиной его друг-защитник, с которым с детства проводил почти все время. С 13 лет резко изменился: стал грубым, не слушался мать, забросил учебу, прогуливал школьные занятия. Сдружился с физически сильным второгодником, тот втянул его в компанию выпивающих подростков. С ними стал охотно и часто пить вино «для веселья» (водку пить избегал). Раз-два в неделю являлся домой пьяным. Распродал собранную вместе с отцом большую коллекцию марок — все деньги потратил на выпивки. Чтобы оторвать от компании, мать отправила его в другой город к деду. Учился там в 8-м классе. Не найдя себе собутыльников в школе, завел знакомства среди уличных подростков, снова стал выпивать. Возвращенный дедом к матери, совсем «сорвался». Все время тянуло на выпивки, искал любую случайную компанию, чтобы распить вино. Для опьянения стала требоваться большая доза спиртного. Исчез рвотный рефлекс при передозировке. Выпивал уже по бутылке вина в один прием. Перед госпитализацией последнюю неделю пил ежедневно. Попал в вытрезвитель.

Помещенный в психиатрическую больницу для противоалкогольного лечения быстро вступил в контакт с асоциальными подростками. Мать встречал холодно. Реальных планов на будущее не имел. Соглашался где-нибудь работать «раз надо».

Диагноз: алкоголизм (I стадия). Психопатия умеренной степени неустойчивого типа.

Катамнез через два года. После противоалкогольного лечения окончил ПТУ, работал слесарем. Через полгода снова попал в алкогольную компанию и стал выпивать. За избиение подростков и отнимание у них денег осужден и направлен в колонию.

Подобный же модус алкогольного поведения бывает свойствен начинающим выпивки подросткам гипертимного типа. Однако последние, в отличие от неустойчивых, по-видимому, долго удерживаются на уровне алкоголизации, не достигающей сформированного алкоголизма. Может быть более высокий биологический тонус, может быть большая энергия, живой интерес ко многому, что происходит вокруг, стремление к деятельности, наличие планов на будущее делают их более устойчивыми к развитию психической зависимости.

Путь алкоголизации эпилептоидного подростка бывает совершенно иным. Опьянение у них обычно не дает легких и приятных эйфорий. Нередко оно протекает по дисфорическому типу, сопровождаясь злобностью, аг-

рессней, дикими разрушительными действиями, попытками самокалечения или поступками, свидетельствующими о нарушении влечений. После первых опьянений может возникнуть потребность «пить до отключения», а тяга к выпивке приобрести какой-то неодолимый, инстинктивный характер — компульсивное влечение к алкоголю может появиться одновременно с психической зависимостью. Крепкие спиртные напитки обычно предпочитают вино. В опьянении рано появляются амнестические эпизоды, напоминающие палимпсесты при сформировавшемся хроническом алкоголизме.

Николай К., 17 лет. Отец — алкоголик, мать выгнала его из дому, когда сыну было 14 лет. Имеет старшего сводного брата от первого брака матери. Родился от беременности, во время которой мать пыталась сделать криминальный аборт. В возрасте 4 лет перенес заворот кишок с менингеальными явлениями. С раннего детства обнаруживал необычную бережливость — прятал лакомства в чулок. В младших классах школы старательно учился, был отличником, поражал своей аккуратностью и пунктуальностью. С 13 лет отец стал его спаивать — угощал сперва кагором, потом водкой, стараясь напоить допьяна. По словам матери, отец подозревал, что сын родился не от него и заявил ей, что он его «испортит», сделает алкоголиком. Из-за этого мать развелась с отцом.

После первых опьянений почувствовал сильную тягу к выпивке. Говорит, что если капля спиртного попадает ему в рот, то после этого тянет пить, пока не «отключится». Выпивать старается один, спрятавшись от матери на чердаке или в подвале. Воровал водку у отца, крал и вымогал деньги у матери. Когда нигде не мог достать спиртного, обходил по городу распивочные и пивные и слизывал языком со столов пролитое вино. Забросил занятия в школе, дублировал 5 и 7 классы. После 8 класса пошел работать. Несмотря на регулярные выпивки, почти не имеет прогулов, слывет аккуратным и старательным. В опьянении возникает какая-то «непроизвольная тяга» — лезть куда-нибудь вверх: неоднократно по пожарным лестницам залезал на крыши домов, однажды забрался на высотный кран. Сам удивляется, как пьяным взбирается туда, куда трезвым никогда бы не полез. Пьяным озлобляется на мать — прячется около дома и с наслаждением подглядывает, как она его ищет, не раз грозил ее убить. Последний год резко возросла доза, необходимая для опьянения: «чтобы отключиться, теперь надо выпить 800 г водки». По утрам появилась потребность опохмеляться пивом, иначе неработоспособен. Рвотный рефлекс на передозировку исчез более полутора лет тому назад.

Дважды пробовал наркотики: закурил гашиш — «ничего не почувствовал, не понравилось», нюхал пятновыводитель — «стал разбирать какой-то безумный смех», тоже не понравилось, вернулся к водке.

В прошлом году была обнаружена артериальная гипертония (АД=170/80 мм рт. ст.), испугался, месяц крепился и не пил, потом не удержался и снова запил. Перед поступлением сам пришел в

милицию и попросил направить его лечиться от алкоголизма, так как в пьяном виде стала приходить мысль убить старшего брата. Считает, что мать брата любит больше, чем его. В психиатрическую больницу поступил пьяным, держался развязно, цинично бранился. В палате сразу обнаружил гомосексуальные склонности: тянул соседа по койке к себе в постель, пытался его раздеть. Протрезвев, стал тихим и спокойным, не нарушал режима, охотно работал и помогал персоналу. Гомосексуальные действия пытался объяснить тем, что его неправильно поняли. Сознался, что раньше в пионерском лагере любил заниматься взаимной мастурбацией вместе с кем-либо из товарищей. Откровенно говорил, что у него сильное сексуальное влечение и что он получает удовольствие, когда доводит девочек до слез. Имеет приятеля, физически слабого и послушного, над которым любит поиздеваться — например, заставляет его подолгу бегать вокруг стола. Очень внимателен к своему здоровью. Обеспокоен «не отразится ли на сердце противоалкогольное лечение». С врачом несколько подобоострастен, благодарит заранее за «лечение». При неврологическом осмотре и на электроэнцефалограмме — без существенных отклонений. После инъекции апоморфина — гипертонический криз. Были проведены лечение тиурамом (антабусом) без разрядки и психотерапия. За месяц окреп, «почувствовал себя человеком», потребность в алкоголе исчезла, заявил, что бросит пить навсегда, поступит в вечернюю школу.

Диагноз: алкоголизм (II стадия). Эпилептоидная психопатия умеренной степени.

Анамнез. После выписки уехал на лето со строительным молодежным отрядом, хорошо работал, был бригадиром, упорно отказывался от выпивок, увлекался игрой на гитаре, организовал ансамбль. Вернувшись, пошел работать и учиться в вечернюю школу, много читал. Прослежен еще около года — рецидива алкоголизации не было.

Особенности алкоголизации подростков других типов психопатий и акцентуаций вкратце сводятся к следующему. Циклоиды в период подъема в отношении алкоголя ведут себя так же, как гипертимы, но в субдепрессивной форме обычно избегают выпивок. Лабильные и психастенические подростки вообще не склонны к алкоголизации. Шизоиды и реже сенситивы могут использовать малые дозы алкоголя в качестве своеобразного допинга, облегчающего контакты или снимающего робость и застенчивость. При этом может формироваться своеобразная психическая зависимость, отличающаяся от истинной психической зависимости при алкоголизме, основанной на пристрастии к эйфории. Физической же зависимости у подростков этого типа нам наблюдать не приходилось. Истероиды склонны преувеличивать свою алкоголизацию, изображать себя своего рода алкогольными эстетами, уверяя, например, что пьют только коньяк или шампанское или марочные

вина и т. п. Конформные подростки вступают на путь алкоголизации, оказавшись в пьющей компании (Юрий К.— см. стр. 161). Так или иначе, видимо, именно у неустойчивых и эпилептоидов алкоголизация скорее может достигать такой степени, что уже в подростковом возрасте формируется алкоголизм.

Сформировавшийся хронический алкоголизм в подростковом возрасте встречается относительно редко. Актуальной для этого возраста является склонность к алкоголизации. Ее выявление, установление контингентов и индивидуумов, подозрительных в отношении повышенного риска ранней алкоголизации, было бы важной предпосылкой для целенаправленной психопрофилактической работы.

С этой целью нашими сотрудниками А. А. Александровым, А. А. Вдовиченко, Н. Я. Ивановым, С. Д. Озерцовским была разработана специальная шкала психологической склонности к алкоголизации. Данная шкала предназначена не только для выявления подростков, злоупотребляющих алкоголем, но и тех, кто не пьет, но не имеет достаточно твердых установок, препятствующих алкоголизации и в силу этого, оказавшись в пьющей компании, легко могут поддаться пагубному примеру.

Шкала является дополнительным способом оценки результатов исследований с помощью составленного нами патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков (А. Е. Личко, 1976; А. Е. Личко, Н. Я. Иванов, 1976). Она была выработана на основе статистически достоверных различий между частотой выборов, сделанных с одной стороны подростками, злоупотреблявшими алкоголем, а с другой стороны подростками, поступившими в психиатрическую клинику по поводу декомпенсации психопатий, острых аффективных реакций, реактивных состояний, не употреблявшими алкоголя и даже обнаружившими отрицательное отношение к алкоголизации. Эти выборы касались 13 предполагаемых ответов по теме «Отношение к спиртным напиткам». В зависимости от степени достоверности различий ($p < 0,05$; $p < 0,005$; $p < 0,001$) за выбор соответствующего ответа начислялось от 1 до 3 баллов (со знаком плюс, если этот выбор был характерен для злоупотреблявших алкоголем, со знаком минус — для не

употреблявших). Ниже приводится указанная шкала — предлагаемые ответы и число начисляемых баллов за их выбор как наиболее подходящих (I) и наиболее неприемлемых (II):

	I	II
1. Мое желание выпить зависит от настроения	+2	0
2. Я избегаю пить спиртное, чтобы не проболтаться	0	0
3. Периодами я выпиваю охотно, периодами к спиртному не тянет	+1	0
4. Люблю выпить в веселой хорошей компании	+2	-1
5. Я боюсь пить спиртное, потому что, опьянев, могу вызвать насмешки и презрение	-1	+2
6. Спиртное не вызывает у меня веселого настроения	-1	+1
7. К спиртному я испытываю отвращение	-3	+2
8. Спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения, тоски или тревоги	+1	0
9. Я избегаю пить из-за плохого самочувствия впоследствии	0	0
10. Я не пью спиртного, так как это противоречит моим принципам	-3	+1
11. Спиртные напитки меня пугают	0	0
12. Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю мир	0	0
13. Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушать компании	0	0
14. Ни одно из определений ко мне не подходит	0	0

Проверка данной шкалы на новых контингентах подростков дала удовлетворительные результаты. На группе подростков, злоупотреблявших алкоголем и страдающих хроническим алкоголизмом, в 93% была обнаружена высокая (+3 и выше) или умеренная (+1+2) психологическая склонность и только в 7% (ошибочный результат) этой склонности выявлено не было. В группе подростков, не употреблявших алкоголя, в 79% констатирован отрицательный или нулевой результат и лишь в 21% выступила психологическая склонность к алкоголизации.

Таким образом, в подростковом возрасте наблюдается склонность к гипертонии. Следующее часто встречается заболевание — гипертоническое. Склонность гипертонии подростков к алкоголизации, отмеченного ей «психологическим» критическими наблюдениями.

Большинству подростков в подростковом возрасте оказалась призывной установка. Наблюдениями действительно нередко даже оказавшись в плену.

Представители других групп заняли промежуточное положение. Среди наиболее приближенных к старшей, видимо, о том, что подростки нет ни на уровне установок. Их судьба, в зависимости, определяется тем, попадают ли они в армию. В возрасте формирования личности может зайти так Юрий К., стр. 161).

НАРКОТИЗМ (УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОМАНИЯ)

На взаимоотношения между личностью и средой. П. Б.

Были обнаружены также выраженные различия в психологической склонности к алкоголизации у подростков с разными типами психопатий и акцентуаций характера. Средний балл для разных типов оказался следующим.

Типы	Средний балл	Типы	Средний балл
Гипертимный	+2,9	Истероидный	+0,8
Неустойчивый	+2,2	Конформный	+0,4
Эпилептоидный	+0,9	Шизоидный	-0,5
Лабильный	+0,8	Сенситивный	-1,2

Таким образом, наиболее высокая психологическая склонность оказалась у подростков гипертимного типа. Следующее место заняли представители типа неустойчивого. Склонность гипертимных и неустойчивых подростков к алкоголизации, отсутствие у них препятствующего ей «психологического барьера» подтверждается клиническими наблюдениями.

Большинству подростков сенситивного и шизоидного типов оказалась присущей выраженная отрицательная установка. Наблюдения за ними показывают, что они действительно нередко упорно избегают алкоголизации, даже оказавшись в пьющей компании.

Представители других типов психопатий и акцентуаций заняли промежуточное между этими полярными группами положение. Средний балл конформного типа наиболее приближается к нулю (+0,4). Это свидетельствует, видимо, о том, что у большинства конформных подростков нет ни изначальной склонности к употреблению спиртных напитков, ни твердой отрицательной установки. Их судьба, как и в отношении всего поведения, определяется той микросредой, в которую они попадают. В особо неблагоприятных случаях алкоголизация может зайти так далеко, что уже в подростковом возрасте формируется физическая зависимость (см. Юрий К., стр. 161).

НАРКОТИЗМ (УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ) И ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОМАНИЯ

На взаимоотношение наркоманий и психопатических черт личности существует две противоположные точки зрения. П. Б. Ганнушкин видел все основания

рассматривать наркоманию как психопатическое развитие (П. Б. Ганнушкин, 1933, 1964). По его мнению, алкоголизм чаще относится к ситуационному, а неалкогольные наркомании — к конституциональному развитию. Ему принадлежит крылатая фраза о том, что «алкоголиками делаются, а морфинистами рождаются». В противовес этому другими авторами допускается, что психопатические черты для развития наркомании — весьма второстепенный фактор, играющий лишь некоторую патопластическую роль (А. М. Рапопорт, 1961). Компромиссный подход пытается разграничить «наркоманов по призванию», каковые все являются психопатами, от «наркоманов поневоле» (Д. А. Черняховский, 1972).

Проблема взаимоотношения психопатий и наркоманий приобрела особую актуальность, когда в конце пятидесятых — начале шестидесятых годов нашего столетия человечеству пришлось столкнуться с неожиданной эпидемией — распространением употребления наркотиков среди молодежи, а затем среди подростков. Первые сообщения поступили из Японии — там с 1954 г. молодежь стала широко употреблять амфетамины (wake amine). К 1957 г. было зарегистрировано 35 тыс. несовершеннолетних преступников, злоупотреблявших подобного рода допингом. В последующие годы эпидемия наркотизма среди подростков распространилась на США, Англию, Канаду, Швецию, Швейцарию, а затем и на Францию, Испанию, страны Южной Америки, Нидерланды, ФРГ, Австрию и Финляндию (Boyd, 1970; Robbins с соавт., 1970; Evans, 1971; Sluga, 1971; Skorikova, 1972; Rutanen, 1972).

Начало употребления наркотиков падает на возраст 14—17 лет. Среди подростков в США амфетамины использовались как средство поддержания сил во время танцулек, длящихся всю ночь современных физически изнуряющих танцев, затем наступило увлечение барбитуратами, марихуаной, героином, ЛСД, а вслед за ними всевозможными средствами бытовой химии (клей, сапожный крем, зубная паста, растворители и т. п.). Подростковая наркотическая эпидемия росла как снежный ком. В Австрии, например, доля несовершеннолетних среди наркоманов возросла с 3% в 1966 г. до 70% в 1970 г. (Sluga, 1971). К концу шестидесятых

готов в 3% школьни-
ки. Испробовали
1968. Robbins с соавт.
в этом отношении
25 тыс. марихуану.
1972. Возрастает
количество (Lombard, 1971).
Здесь следует рассмотреть
потребление наркотиков
иной. В зависимости от
ряд стадий «наркотизации»
1971). С нашей точки зрения
следующие группы:
1) единичные случаи
лечения наркотиков или
2) многократное употребление
психической или физической
американской литературы
«drug-abuse»;
3) наркомания I стадии
непрестанный поиск
с целью испытать при
как центральный интер
ствии физической заде
при прекращении при
рате эта стадия ча
dence»;
4) наркомания II
ской зависимости, в
при перерыве приема
с целью избежать абс
в англо-американской
зывается «drug-addicti
5) наркомания III
скую и психическую
встречать не приходится
По мнению Noble (1971)
в будущем становится на
нашел, что степень риска
от того, какой наркотик он
20%. Барбитураты — 27%, опи

годов в большинстве из перечисленных стран от 6 до 13% школьников старших классов употребляли наркотики, испробовали же их действие 20—25% (Yolles, 1968; Robbins с соавт., 1970). Особенно неблагоприятно в этом отношении положение в Калифорнии, где из 25 тыс. школьников старших классов 43% употребляли марихуану, 20% — амфетамины и 14% — ЛСД (Weiner, 1972). Возрастает участие девочек в употреблении наркотиков (Lombillo, Hain, 1972).

Здесь следует подчеркнуть, что далеко не всякое употребление наркотика подростком является наркома-нией. В зависимости от степени наркотизма описывается ряд стадий «наркотической карьеры» (Hasse с соавт., 1971). С нашей точки зрения, рационально выделить следующие группы:

1) единичные случаи или редкие эпизоды употреб-ления наркотиков или их суррогатов;

2) многократное употребление, однако без признаков психической или физической зависимости¹; в англо-американской литературе нередко используется термин «drug-abuse»;

3) наркомания I стадии — психическая зависимость, непрерывный поиск наркотика или его заменителя с целью испытать приятные ощущения, наркотизация как центральный интерес в жизни подростка при отсут-ствии физической зависимости и явлений абстиненции при прекращении приема; в англо-американской лите-ратуре эта стадия часто называется как «drug-depen- dence»;

4) наркомания II стадии — формирование физиче-ской зависимости, выраженные явления абстиненции при перерыве приема наркотика, поиск наркотика более с целью избежать абстиненцию, чем вызвать эйфорию; в англо-американской литературе эта стадия часто на- зывается «drug-addiction»;

5) наркомания III стадии — эту тяжелую физиче-скую и психическую деградацию нам у подростков встречать не приходилось.

¹ По мнению Noble (1970), только 20% подростков этой группы в будущем становятся настоящими наркоманами. Ladewig (1972) нашел, что степень риска стать наркоманом для подростка зависит от того, какой наркотик он начал употреблять (транквилизаторы — 20%, барбитураты — 27%, опиаты — 42%).

В настоящее время в нашей стране подростковые наркомании составляют единичные случаи. Употребление наркотиков, не достигающее степени наркомании, также в абсолютном выражении невелико, не идет ни в какое сравнение с величинами в статьях зарубежных авторов и охватывает лишь некоторую часть подростков с нарушениями поведения. Однако появление этих случаев требует самых экстренных социальных и медико-психологических мер.

Таблица 3

*Частота (%) алкогольного и наркотического отягощения
среди подростков, госпитализированных
в психиатрическую больницу*

Степень алкоголизации и наркотизации	Психопатии и акцентура- ции (n=300)	Шизофрения (n=100)
Хронический алкоголизм	6	0
В том числе:		
II стадия	2	0
I стадия	4	0
Злоупотребление алкоголем	23	18
Алкогольная отягощенность в целом	29	18
Наркомании	9	0
В том числе:		
II стадия	3	0
I стадия	6	0
Ненаркоманический наркотизм	19	8
В том числе:		
многократное употребление	10	4
единичные «пробы»	9	4
Наркотическая отягощенность в целом	28	8
Не злоупотребляли алкоголем и ни разу не пробовали наркотиков	43	74

По нашим данным (табл. 3), среди 300 подростков мужского пола, госпитализированных в психиатрическую больницу по поводу декомпенсации психопатий, нарушений поведения или реактивных состояний на фоне акцентуации характера, наркомании составили 9%, а наркотизм, не достигающий степени наркомании,

1968 г. Б. Ланг
Мы не достигли
среди подростков
наркотизм отмечен
наркоманий, в отделе
Г. П. Пантелеевой (1970)
лов мы не наблюдали.
Как было упомянуто,
подростков, возник вопрос
патий. Существует мнение
ются частью «подростков
пат» не подходит ни к
(Robbins с соавт., 1970:
ние же многих исследо
«нарушений характера в
ляют большую часть под
stein, 1970; Sluga, 1971;

Частота (%) наркотизма
психопатий и акцент

Типы характера

Гипертимный, гипертим
тойчивый
Неустойчивый, неусто
конформный
Эпилептоидный, истеро-
тоидный
Истероидный, истеро-не
чивый, гипертимно-истеро
Лабильный, лабильно-
идный
Сенситивный, лабильно-
тивный, шизо-сенситивны
Шизоидный

З А Е Личко

еще 19%. В Хельсинки аналогичная величина еще к 1968 г. достигла 60% (Rutanen, 1972).

Мы не располагаем данными о частоте наркотизма среди подростков, не попавших под наблюдение психиатра. Однако у подростков, заболевших шизофренией, наркотизм отмечен лишь в 8%. Сформировавшихся наркоманий, в отличие от М. Я. Цуцульковской и Г. П. Пантелеевой (1970), при шизофрении у подростков мы не наблюдали.

Как было упомянуто, вновь, теперь в отношении подростков, возник вопрос о связи наркоманий и психопатий. Существует мнение, что когда наркотики становятся частью «подростковой культуры» термин «психопат» не подходит ни к одному подростку-наркоману (Robbins с соавт., 1970; Boyd с соавт., 1971). По мнению же многих исследователей, случаи психопатий, «нарушений характера в стадии декомпенсации» составляют большую часть подростковых наркоманий (Olivenstein, 1970; Sluga, 1971; Noble с соавт., 1972). Нами

Таблица 4

Частота (%) наркотизма и наркоманий при разных типах психопатий и акцентуаций характера у подростков

Типы характера	Наркомании I и II степени	Наркотизм		Наркотическая отягощенность в целом	Ни разу не пробовали наркотиков	Ни разу не пробовали наркотиков и не злоупотребляли алкоголем
		многократное употребление	единичные пробы			
Гипертимный, гипертимо-неустойчивый	3	22	8	33	67	39
Неустойчивый, неустойчиво-конформный	23	5	13	41	59	17
Эпилептоидный, истеро-эпилептоидный	3	3	11	17	83	36
Истероидный, истеро-неустойчивый, гипертимно-истероидный	10	20	17	47	53	23
Лабильный, лабильно-истероидный	0	0	0	0	100	95
Сенситивный, лабильно-сенситивный, шизо-сенситивный	0	0	0	0	100	95
Шизоидный	15	10	5	30	70	65

среди наркоманов диагноз психопатии поставлен в $\frac{2}{3}$ случаев, оставшаяся $\frac{1}{3}$ отнесена к акцентуациям характера.

Приблизительно то же соотношение найдено в случаях наркотизма. Преобладание психопатий не столь существенно, если учесть, что среди всех госпитализированных подростков соотношение психопатий и акцентуаций было приблизительно 1:1.

Несравненно большее значение имеет не степень аномалии характера, а ее тип (табл. 4). П. Б. Ганнушкин (1933) полагал, что в конституциональном предрасположении к наркомании первое место занимает группа эпилептоидов, неустойчивых и циклотимиков. Наши данные о подростках подтверждают это мнение в отношении неустойчивых. Настоящие наркомании, действительно, чаще всего формируются у представителей этого типа. Но за неустойчивыми следуют шизоиды. Гипертимы и истероиды обычно задерживаются на стадии ненаркоманического наркотизма. При наличии истероидных черт нередко наблюдается стремление к преувеличению действительно имевшего место употребления наркотиков (агравация наркотизма). Такие подростки охотно расписывают свою «наркотическую карьеру», говорят о невероятных дозах наркотиков, употреблявшихся ими, о якобы имевших место приемах героина и ЛСД, и даже пытаются изобразить явления абстиненции. Однако детальный опрос выявляет неспособность описать испытываемые ощущения. Эпилептоиды обнаруживают заметно меньшую склонность к наркотизму, хотя алкогольная отягощенность у них довольно высока. Шизоиды, наоборот, алкоголю явно предпочитают наркотики (1:6). Представители лабильного и сенситивного типов совсем не склонны к наркотизму.

Зарубежные данные (авторы работ упоминаются по ходу настоящего изложения) позволяют отметить своеобразные черты наркотизма у современных подростков, которые существенно отличают его от прежних «классических» описаний наркоманий (И. В. Стрельчук, 1956):

Наркотизм подростков тесно сопряжен с описанной ранее реакцией группирования. До 90% наркоманов начинают употребление наркотиков в компаниях сверстников. Определенные кафе в больших городах ста-

новятся местом
своей провальной
Б. Л. ...
ния, разобщен
успех достигате
себе место в дру
группе сверстни
Другим проя
тизма является
комства подрост
нальна степени
наркомании весь
знаком. Те, кто
ными пробами,
Исключение сост
котизм.

Для сведения г.
из этого жаргона: «г
шишем, «баш» — 1
«колеса» — таблетки
«стекло» — ампулы,
внутривенные вли
«кинуть» — вводить
чать» — испытывать
вслед за внутривен
источник снабжения
тому наркоману с
и т. д. На сленге
1970): kick («пинов
хуана, trip («поез
(фиг. «чистюли»)

Важный мо
рошков — любовь
переживаний (1
нашим наблюд
привлекает элем
тима и истерон
впечатления, «р
ное положение
котик нередко с
чить контакты
противоречия.
Вслед за л
лям, желание н
с группой, т. е
3*

новятся резиденциями таких групп. Эти кафе получают свои прозвища.

В лечебных целях для подростка, с нашей точки зрения, разобщение с асоциальной группой необходимо, но успех достигается только тогда, когда подросток нашел себе место в другой чем-либо привлекательной для него группе сверстников.

Другим проявлением группового характера наркотизма является жаргон наркоманов. Степень знакомства подростка с этим жаргоном обычно пропорциональна степени наркотизма. К моменту формирования наркомании весь лексикон подростку обычно хорошо знаком. Те, кто ограничивался редкими или однократными пробами, обычно не знают языка наркоманов. Исключение составляют истероиды, агравирующие наркотизм.

Для сведения подростковых врачей приводим некоторые слова из этого жаргона: «план», «дурь» — гашиш, «косяк» — папироса с гашишем, «баш» — 1 г гашиша, «кода» — кодеин, «марфа» — морфий, «колеса» — таблетки, «ширево» — опиаты, вводимые внутривенно, «стекло» — ампулы, «машина» — шприц, «сесть на иглу» — начать внутривенные вливания, «куб» — 1 мл раствора, «шмыгаться», «кинуть» — вводить наркотик в вену, «кайф» — эйфория, «торчать» — испытывать эйфорию, «приход» — вегетативная реакция вслед за внутривенным вливанием, «ломка» — абстиненция, «дыра» — источник снабжения наркотиком, «сесть на хвост» — пристать к другому наркоману с тем, чтобы тот бесплатно делился наркотиком и т. д. На сленге американских и английских подростков (Boyd, 1970): kick («пинок») — инъекция, pot («горшок, кружка») — марихуана, trip («поездка») — галлюциноз, вызванный ЛСД, squares (фиг. «чистюли») — все, кто не употребляет наркотики.

Важный мотив интереса к наркотикам для подростков — любопытство, поиск необычных ощущений и переживаний (Keeler, 1968; Boyd, 1970). При этом, по нашим наблюдениям, подростка неустойчивого типа привлекает элементарное ощущение блаженства, гипертима и истероида — возможность получить необычные впечатления, «расширить мир» и завоевать определенное положение среди сверстников, а для шизоида наркотик нередко оказывается допингом, способным облегчить контакты, преодолеть и заглушить внутренние противоречия.

Вслед за любопытством стоит подражание приятелям, желание не отстать от своей группы, солидарность с группой, т. е. фактор конформности. В зарубежной

литературе в качестве частого мотива наркотизма приводится конфронтация поколений — протест в отношении родителей, старших, общества в целом (Boyd, 1970; Robbins с соавт., 1970; Evans, 1971). Нам редко приходилось видеть, чтобы этот мотив выступал на первый план. Лишь у истерондных подростков бра-вирование наркотизмом перед родителями может быть одним из проявлений реакции оппозиции. Реакция эмансипации нередко тесно переплетается с реакцией группирования, особенно у гипертимных и неустойчивых подростков.

Подростки-наркоманы относительно редко бывают выходцами из неполных семей (Boyd с соавт., 1971). Чаще приходится сталкиваться с неправильным воспитанием типа «гипоопека» или «кумир семьи». С детства не прививаются должные навыки усидчивости, преодоления трудностей, подавления инстинктивных побуждений, стойкие морально-этические установки.

В отличие от полинаркоманий у взрослых (И. Н. Пятницкая, 1967), подросткам присущ изначальный полинаркотизм — пробуют все, с чем сталкиваются, что попадет под руку. Одни средства сменяют другие, как мода на одежду, музыку и танцы. Примером может послужить вдыхание паров одного из технических растворителей в Хельсинки (Idäpää-Heikkilä, 1972) или клея в США (Lombillo, Hain, 1972). Нам в конце шестидесятых годов приходилось наблюдать случаи острых интоксикационных психозов, сходных с атропиновым делирием, вызванных употреблением в смеси с вином отвара из астматолла. В последние годы подобные случаи исчезли. Однако сходные по картине делирия встречаются вследствие употребления в больших дозах циклодола.

Среди наблюдавшихся нами подростков в случаях наркомании II стадии приходилось встречать внутривенные введения опиатов. При наркомании I стадии дело обычно ограничивалось регулярным курением гашиша.

Еще с одним обстоятельством пришлось столкнуться при сформировавшейся наркомании у подростков — с демонстративным отказом от лечения, с настойчиво повторяемым желанием, с убийственным доводом, «на-всегда остаться наркоманом».

В заключение приведем две иллюстрации — случай

сформировавшейся наркомании и случай, когда диагноз наркомании был бы неправомерен.

Андрей Л., 17 лет. С детства был свидетелем постоянных скандалов отца-алкоголика с матерью — женщиной властной и стеничной. Как себя помнит, всегда хотелось уйти из дому. Отличался веселым нравом, шумливостью, стремился командовать сверстниками. Учился посредственно, окончил 8 классов и пошел работать, выбрав профессию матери — стал мужским парикмахером. Считается хорошим мастером, пользуется популярностью у молодежи своего района, неплохо зарабатывает на модных прическах. Имеет много приятелей, легко и быстро заводит знакомства. Отмечалось раннее и быстрое половое созревание. С 14 лет имел тайную связь с женщиной средних лет, регулярно встречался с нею. Когда та недавно вышла замуж за другого, быстро утешился — увлекся своей одноклассницей, собирается на ней жениться.

Год назад его отец, будучи пьяным, нанес тяжелую рану топором его матери и тут же повесился. Придя домой, застал мертвого отца и находившуюся без сознания мать — мужественно перенес тяжкую ситуацию. О смерти отца не жалел. Мать вскоре вышла замуж за другого. С отчимом, по его словам, установились «равнодушные отношения». Стал опекать 10-летнего младшего брата, на свои деньги покупает ему одежду, следит за его учебой в школе («мать занялась отчимом»).

С 15 лет в компании приятелей стал часто выпивать — до литра вина на один прием.

В психиатрическую больницу был доставлен ночью скорой помощью с картиной делирия. На приеме видел крыс, бегавших по столу у врача, на постели казались «полчища клопов», «перед глазами капроновая сетка», слышал как кто-то кричит, все время ловил исчезающую между пальцев сигарету. В то же время был полностью ориентирован и в паузах между галлюцинациями критически оценивал. Физическое состояние было вполне удовлетворительным. Кроме умеренной тахикардии (90 в 1 мин), легкой гиперемии лица и мидриаза, других соматических проявлений делирия не было.

После инъекции аминазина проспал более 12 ч и проснулся в ясном сознании. Рассказал, что накануне вечером в компании приятелей распивал вино и по их предложению принял несколько каких-то таблеток («кажется на букву ц...»). Приятели говорили, что после них «всякая чертовщина видится» — захотелось испытать на себе. Посреди ночи проснулся от страшных сновидений. Увидел, что комнату заполняют крысы и клопы — стал метаться и кричать, был госпитализирован. Сперва отрицал употребление наркотиков. Со слов младшего брата стало известно, что в последние месяцы неоднократно в отсутствии матери приходил домой с приятелями — вместе курили какую-то «дурь», укрывались с головой одеялом и что-то нюхали, а потом хохотали и бесились; принимали какие-то таблетки, а один раз их растолкли и делали себе уколы шприцем. Младший брат ничего об этом не рассказывал матери, так как за молчание получал подачки. После того, как были получены эти сведения, сознался, что курил гашиш, нюхал пятновыводитель, принимал димедрол и седуксен, а однажды ввел себе раствор адофена внутривенно, но мучительные ощущения «прихода» (жар, зуд, отек лица)

оттолкнули от повторения инъекций. Мотивом наркотизации привел «любопытство», желание испытать что-нибудь необычное и приятное. Принимал наркотики раз-два в неделю, когда было нечего делать. В дни, когда предстояло что-нибудь интересное («вечеринка», загородная поездка и т. п.), о наркотиках не вспоминал. Без них никаких тягостных ощущений не испытывал.

Диагноз: наркотизм (употребление наркотиков, не достигающее степени наркомании) на фоне явной акцентуации по гипертимно-неустойчивому типу. Перенес циклодоловый делирий.

Анамнез через 2 года. Служит в армии.

Роман К., 16 лет. Из хорошей дружной семьи, хотя отец и старший брат отличаются замкнутостью и необщительностью. Сам с детства также замкнут и молчалив, играть любил один, много и хорошо рисовал. До 13 лет был отличником. Близких друзей не имел, держался особняком. Хотя почти все время проводил дома, но с матерью, отцом, братом общался мало. С 13 лет стал грубым и раздражительным. После какого-то замечания учительницы, которое посчитал несправедливым, нарисовал ее в виде ведьмы на школьном стенде политической информации. Вызванный на педсовет — угрюмо отмалчивался. После 8 класса сам ушел в ПТУ, готовящее мастеров прикладного искусства. Успешно и охотно занимается там. Впервые в жизни подружился с одним из соучеников — сильным, отчаянным парнем. Под его влиянием стал выпивать и принимать таблетки с кодеином. Пристрастился к наркотикам. Год назад принялся за внутривенные вливания — делал их себе ежедневно, в одиночку, по утрам перед тем как пойти в училище, чтобы «чувствовать себя свободно». Его друг в пьяном виде устроил драку с поножовщиной, ранил своего обидчика и уже полгода в тюрьме. Тяжело переживает разлуку с ним. Месяца два назад до поступления в клинику на него на улице напали хулиганы и отняли деньги. Их поймали, его вызвали в суд как свидетеля. Очень волновался. Почувствовал, что при всяких переживаниях должен увеличивать дозу наркотика — стал дважды в день делать внутривенные вливания. Был пойман на этом в училище.

В психиатрической больнице в первые дни были явления абстиненции — бессонница, боли в мышцах, схваткообразные боли в животе, крайне угнетенное настроение. После купирования абстиненции еще почти месяц говорил о том, что по ночам ему снится шприц, наркотики, во сне собирается сделать себе вливание и никак не удается. Просил лечить. Держался особняком от других подростков, был тих, незаметен. Много рисовал, рисунки были мрачных, злобствующих тонов. Доверился лечащему врачу, рассказал, что с 5 лет занимается онанизмом «по несколько раз в день», никто об этом не знает. Считает себя неполноценным. Был влюблен в одноклассницу в школе, но ничем не выдал своего чувства.

При соматическом и неврологическом осмотре и на электроэнцефалограмме — без заметных отклонений.

Диагноз: наркомания (II стадия) на фоне выраженной шизоидной психопатии.

Анамнез. Через два месяца — повторное поступление по направлению милиции. Выяснилось, что спустя 10 дней после выписки, после мелкой неприятности, не удержался и вновь начал внутривенные вливания. Несмотря на регулярную наркотизацию, продолжал учебу в ПТУ, прогулов не было. Отказывается от лечения.

СУИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Термин «суицидальное поведение», распространившийся в последние годы в западной психиатрической литературе (Stanley, Barter, 1970; Båyon 1971; Sabbath, 1971), объединяет все формы проявления суицидальной активности — мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Этот термин особенно применим к подростковому возрасту, когда суицидальные проявления отличаются многообразием.

В последние 10—15 лет суицидальное поведение подростков стало весьма актуальной проблемой. На долю подростков в США до 1958 г. приходилось 8% попыток, а после 1960 г. эта величина возросла до 21% (Stevenson с соавт., 1972). Суицид как причина смерти у подростков в США опережает туберкулез, пневмонию и полиомиелит. В ФРГ среди причин смерти в возрасте 14—18 лет самоубийства занимают третье место, в США и Франции — четвертое (Båyon, 1971; Sabbath, 1971). Отмечается, что до 13 лет суицидные попытки чрезвычайно редки. С 14—15 лет суицидальная активность быстро возрастает, достигая максимума в 16—19 лет (Otto, 1964; Haider, 1968). Наши данные подтверждают это суждение: 32% попыток приходится на 17-летних, 31% — на 16-летних, 21% — на 15-летних, 12% — на 14-летних и 4% — на 12—13-летних.

По мнению французских психиатров, суицидные попытки более часты у мальчиков, а среди совершивших эти попытки больных психозами было не более 5% (Michaux, 1953). По скандинавским и англо-американским данным, попытки совершают чаще девочки, а подростков с «психиатрическим диагнозом» — 27% (Otto, 1964; Haider, 1968). Однако в число этих диагнозов включались невроты и нарушения характера. На долю же шизофрении и маниакально-депрессивного психоза также приходится около 5% суицидных попыток.

Наши данные свидетельствуют о том, что суицидальное поведение является одной из распространенных форм нарушений его при психопатиях и при реактивных состояниях на фоне акцентуаций характера в подростковом возрасте. Среди 300 обследованных нами подростков этой группы разные формы суицидального поведения встречались у 34%. По А. Е. Архангельскому

(1971), суицидные попытки и намерения встречаются в 38% при психопатиях у подростков. Французские данные на сходном контингенте составляют 40% (Demay-Laulan с соавт., 1968). В работе Stevenson с соавт. (1972) указывается, что суицидальные проявления были отмечены у 67% подростков, госпитализированных в психиатрическую больницу, и в 13% — в контрольной «непсихиатрической» группе.

Таким образом, суицидальное поведение у подростков — это, в основном, проблема «пограничной психиатрии», т. е. изучения психопатий, акцентуаций характера и неврозов. Лишь 5% падает на психозы, в то время как на психопатии 20—30% и остальное — на так называемые подростковые кризы (Bäyon, 1971). По нашим же данным, соотношение психопатий и акцентуаций приблизительно одинаково.

Лишь в 10% имеется истинное желание покончить с собою (покушение на самоубийство), в 90% суицидальное поведение подростка это — крик о помощи (Otto, 1972). Не случайно 80% попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время (Davidson, 1972; Rivaille с соавт., 1970) — крик этот адресован к ближним прежде всего. Частота завершенных суицидов по сравнению с попытками у подростков относительно невелика. По американским данным, завершается лишь 1% попыток (Jacobziener, 1965), по скандинавским — 25% у мальчиков и 3% у девочек (Otto, 1972). Суицидные действия часто носят «несерьезный», демонстративный характер, могут приобретать черты «суицидального шантажа» (Michaux, 1953), т. е. расцениваться как «псевдосуицидальные» (В. Е. Пелипас, 1971). Однако именно в подростковом возрасте дифференциация между истинными суицидными намерениями и демонстративными действиями бывает чрезвычайно затруднена (Parnitzke, Regel, 1972; Ар. А. Александров, 1973). Известным французским психиатром Michaux (1953) предпринята попытка классификации суицидных попыток у детей и подростков. Им выделено 5 типов истинных попыток (импульсивные, гиперэмотивные, депрессивные, паранойяльные и шизофренические) и 3 типа «суицидального шантажа» (истинный, аффективный и импульсивный). Построенная на интересных наблюдениях, эта классификация довольно сложна для

практического использования. К тому же критерии разграничения всех этих типов недостаточно четки.

Нашим сотрудником Ар. А. Александровым (1973), наряду с истинной суицидальностью и демонстративным поведением у подростков, выделен особый тип «неясных» попыток, когда все действия определялись необыкновенно сильным аффектом. В силу этого выяснить мотивы совершенной попытки часто бывает невозможно. Малоопасный для жизни способ мог быть выбран чисто случайно. Подобные аффективные попытки по частоте уступают демонстративным действиям, но встречаются гораздо чаще истинных покушений.

Среди 300 госпитализированных подростков с психопатиями и акцентуациями характера демонстративное суицидальное поведение констатировано в 20%, аффективные попытки — в 11%, истинные, заранее обдуманые покушения — в 3% (от общего числа суицидных попыток это составляет соответственно 59, 32 и 9%).

В итоге у подростков при психопатиях и акцентуациях характера можно выделить следующие типы суицидального поведения.

Демонстративное поведение. Это — разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийства без намерения покончить с собой, иногда в расчете, что вовремя спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь к себе или вернуть утраченное внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей (например, наказаний за совершенные правонарушения и проступки), или, наконец, чтобы «наказать обидчика», обратив на него возмущение окружающих, гнев и репрессии со стороны начальства. Примером могут послужить сцены, разыгранные Алексеем Б. (стр. 10), Александром Ф. (стр. 11), Никитой Б. (стр. 13). Место, где совершается демонстрация, свидетельствует обычно о том, кому она адресуется в первую очередь: дома — родным, в компании сверстников — кому-либо из ее членов, при аресте — властям и т. п.

Следует, однако, учитывать, что демонстративные по замыслу действия вследствие неосторожности, неправильного расчета или иных случайностей могут обернуться роковыми последствиями. Оценка поступка как демонстративных действий также требует большой осторожности и тщательного анализа всех обстоятельств.

Аффективное суицидальное поведение. Это — суицидные попытки, совершаемые на высоте сильного аффекта, длящегося иногда минуты, но в других случаях в силу напряженной ситуации растягивающегося на часы и сутки. В какой-то момент здесь обычно мелькает мысль о том, чтобы «расстаться с жизнью» или такая возможность допускается. Тем не менее аффективная суицидальность всегда содержит больший или меньший компонент демонстративности. Существует целая гамма переходов от импровизированного на фоне аффекта суицидального спектакля до почти лишнего демонстративности истинного, хотя и короткого, желания покончить с собой. В первом случае речь идет о демонстративном поведении, но развертывающемся на фоне аффекта — аффективная демонстрация (см. стр. 99 — Владимир Б.). В других случаях аффективная суицидная попытка может быть обрамлена демонстративными поступками и действиями (см. стр. 14 — Михаил Б.). Наконец, истинное покушение на самоубийство также может совершаться на высоте аффекта (см. стр. 112 — Александр О.).

Истинное суицидное поведение. Здесь имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидная попытка, по представлению подростка, была эффективной, чтобы суицидными действиями «не помешали», в оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения, записки более адресованы самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких (см. стр. 92 — Юрий П.).

Социально-психологические факторы играют решающую роль в стимуляции всех видов суицидального поведения подростков.¹ Среди них на первое место выдвигается «семейная дезорганизация» (Glaser, 1965; Jacobs, Teicher, 1967; Barter с соавт., 1968; Otio, 1972). Подчеркивается значение утраты родителей, особенно в возрасте до 12 лет, распад семьи вследствие развода. Отец в семье часто вообще отсутствует или играет крайне пассивную роль при властной и деспотичной матери.

¹ Интересно, что в мае 1968 г. во время «молодежного бунга» во Франции суицидные попытки среди подростков почти исчезли (Rivaille с соавт., 1970).

Вäуоп (1971) полагает, что подростковые суициды в современной Франции — это чаще всего отвержение подростком системы ценностей старшего поколения, следствие духовного разрыва между подростком и его семьей.

Обращается также внимание на «школьные проблемы», на роль дизадаптации в учебе и труде, особенно у мальчиков, на утрату контактов с товарищами (Jacobs, Teicher, 1967; Otto, 1972). Эти проблемы часто возникают у подростков, сочетающих интеллектуальное недоразвитие с большой сенситивностью.

«Сексуальные» проблемы обычно бывают дополнены другими, не менее важными факторами. Разрыв с возлюбленными толкает на суицидные попытки, если этот разрыв сочетается с унижением чувства собственного достоинства или, если имелась чрезвычайно сильная эмоциональная привязанность, встречающаяся у подростков из разбитых семей. Стыд из-за раскрывшейся мастурбации, обнаружившейся беременности, фригидности или импотенции, страх гомосексуальности («гомосексуальная паника») также могут толкнуть на суицидную попытку (Glaser, 1965). Zumpfe (1959) нашел, что суициды у подростков 11—16 лет, сенситивных, выросших без отца, чрезмерно привязанных к матери, чаще связаны с проблемами, обусловленными половым созреванием. В возрасте 16—19 лет чаще встречаются выходцы из полных семей, но в которых не было хорошего контакта. Трудности этих подростков более сопряжены с социальной адаптацией, отсутствием человека, который мог бы послужить им моральной опорой. У мальчиков «развязывающим» фактором для суицида может послужить алкогольное опьянение (Parnitzke, Regel, 1972).

Значение разного рода проблем, перечисленных выше, по нашим данным, неодинаково в зависимости от типа суицидального поведения. «Семейные» проблемы послужили причиной в 52% при демонстративном поведении и в 51% при аффективных суицидальных попытках и только в 13% — истинных покушений. «Сексуальные проблемы» оказались в основе аффективного поведения в 29%, демонстративного — в 24%, а истинных покушений — в 61%. В последнем случае речь, как правило, шла вовсе не о неудачной любви,

а о переживаниях своей сексуальной неполноценности. «Школьные проблемы» в наших условиях занимают сравнительно небольшое место: 29% аффективного, 26% демонстративного и лишь 12% истинного суицидального поведения было связано с ними. Угроза наказания за делинквентность толкнула на демонстративные действия в 12%, на аффективное суицидальное поведение лишь в 4% и ни разу не побудила к истинным покушениям. Алкогольное опьянение было развязывающим фактором при истинном и аффективном суицидном поведении в 26—27%, а при демонстративном — в 16%.

Наиболее частыми способами, к которым прибегают подростки как при истинных, так и при демонстративных попытках, еще недавно считались отравление у девочек, порезы вен на предплечье и повешение у мальчиков (Michaux, 1953; Jacobziener, 1965). Последние зарубежные данные указывают на то, что как у девочек, так и у мальчиков более 90% попыток осуществляется путем отравления (Rivaille с соавт., 1970; Davidson с соавт., 1972; Otto, 1972).

Наша оценка способов, выбираемых подростками мужского пола, показывает, что эти способы тесно связаны с типом суицидального поведения. Порезы вен на предплечье имели место при демонстративном поведении в 32%, при аффективных попытках — в 18%, а при истинных покушениях — менее, чем в 10%. Отравление (лекарства, газ) чаще встречались при аффективном суицидальном поведении (32%), реже — при демонстративном (22%) и совсем редко — при истинном. К повешению прибегли при аффективных суицидных попытках 37%, при истинном покушении — 30% и при демонстративном поведении — лишь 16%.

У подростков обнаруживается определенная склонность к повторению суицидных попыток (Barter с соавт., 1968).

Среди наблюдавшихся нами 92 подростков с суицидным поведением в 34% в анамнезе удалось отметить суицидные действия (чаще демонстративные).

Катамнестические исследования в Швеции (Otto, 1972) выявили также некоторые иные особенности подростков, пытавшихся совершить суицид. По сравнению с контрольной группой достоверно чаще было направление в исправительные школы (т. е. делинквентность),

уголовные преступления,
агрессивные акты,
частота эмиграции,
склонность рано —
большая частота
службу среди юно
пытки, признано
в несовершенно
это, число досрочно
совершавших суици
шает таковое в кон

Попытки оцени
ности у 1700 подр
пытки (Otto, 1964,
среди них преобл
тильные лабильные
14%. Еще у 13%
зоиды и циклоиды
щественно отличае
лых психопатов с
которых преоблад
(30%) типы (В. Е.

Наш материал
расхождения. Час
типы психопатий
чается в зависимос
тивное поведение,
покушения. Случа
падают на предс
неустойчивого, гип
на представителей
все остальные тип
сенситивного и ци
При аффективном
занимают лабиль
(37%), на втором
(23%), по 18% пр
но-неустойчивые ти
Истинные покушен
влялись представит
идного (25%) тип
низкая суицидная

уголовные преступления, особенно повторные у мужчин, агрессивные акты. Отмечена также достоверно большая частота эмиграции после достижения совершеннолетия, склонность рано — в 17—18 лет вступать в браки и большая частота разводов. При призыве на военную службу среди юношей, совершавших суицидные попытки, признано негодными 46% по сравнению с 7% в несовершавшей суициды популяции. И, несмотря на это, число досрочно уволенных с военной службы среди совершавших суицидные попытки до призыва превышает таковое в контроле в 50 раз!

Попытки оценить преморбидные особенности личности у 1700 подростков, совершивших суицидные попытки (Otto, 1964, 1972), привели к заключению, что среди них преобладают истероиды (36%) и инфантильные лабильные субъекты (33%). Дебилы составили 14%. Еще у 13% обнаружены астенические черты. Шизоиды и циклоиды встречались крайне редко. Это существенно отличается от типологической оценки взрослых психопатов с суицидальным поведением, среди которых преобладает тормозной (30%) и возбудимый (30%) типы (В. Е. Пелипас, 1971).

Наш материал позволяет внести коррективы в эти расхождения. Частота, с которой встречаются разные типы психопатий и акцентуаций, существенно отличается в зависимости от того, имело ли место демонстративное поведение, аффективные попытки или истинные покушения. Случаи демонстративного поведения в 50% падают на представителей истероидного, истероидно-неустойчивого, гипертимно-истероидного типов, в 32% — на представителей эпилептоидного типа и в 18% — на все остальные типы, причем представителей шизоидного, сенситивного и циклоидного типов здесь не встречалось. При аффективном суицидном поведении первое место занимают лабильный и лабильно-истероидный типы (37%), на втором другие варианты истероидного типа (23%), по 18% приходится на сенситивный и конформно-неустойчивые типы и лишь 4% на тип эпилептоидный. Истинные покушения в большинстве случаев осуществлялись представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов. Обращает внимание чрезвычайно низкая суицидная активность шизоидов. Некоторые дру-

гие типологические особенности суицидного поведения будут изложены при описании соответствующих типов психопатий и акцентуаций характера (глава IV).

ГЛАВА IV

ТИПЫ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О ГРУППИРОВКАХ ТИПОВ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

Первая из классификаций типов психопатий, получившая широкую известность, принадлежит Краепелин (1915). Ее недостаток состоял в том, что она не охватывала всех наблюдаемых типов и изобиловала бытовыми названиями (чудаки, спорщики и т. п.). Однако именно эта классификация послужила отправной точкой для создания более совершенных и полных.

Все довольно многочисленные попытки в области группировок типов психопатий можно разделить на два направления.

Одно из них основывалось на клинико-индуктивном методе и отражало стремление как-то систематизировать то многообразие клинических проявлений, с которым приходится сталкиваться. Большинство авторов, придерживавшихся этого направления, выделяло около десятка типов психопатий. Наиболее известными классификациями этого направления были систематики Schneider (1923) и П. Б. Ганнушкина (1933).

Другое направление более базировалось на теоретико-дедуктивном подходе. Определенные концепции, изначальные установки служили отправной точкой для классификаций. Все богатство клинических картин психопатий оценивалось с точки зрения определенного постулата. Обычно систематики такого типа отличались подкупающей на первый взгляд простотой (два-четыре типа), но на практике оказывались недостаточными. Так, например, известный русский психиатр С. А. Суханов (1912) исходил из положения, согласно которому определенным психическим заболеваниям соответ-

ствуется свой тип психопатии: эпилепсии — эпилептический, истерии — истерический, паранойе — резонирующий, раннему слабоумию — психастенический. Kretschmer (1921) пытался разделить всех психопатов на шизоидов и циклоидов соответственно двум типам биологической конституции — астеникам и пикникам. О. В. Кербиков (1961, 1962, 1971) и его последователи использовали для разделения психопатий учение И. П. Павлова о типах нервной системы (темпераментах). В зависимости от преобладания возбуждения или торможения психопатии делились на две группы — возбудимые и тормозные. К ним затем был добавлен паранойяльный тип как проявление патологической инертности и тип «неустойчивых» как проявление патологической лабильности нервных процессов. Все эти и некоторые другие систематики этого направления, несомненно, внесли вклад в понимание сущности психопатий, но в практических целях должны были быть расширены и пополнены.

Среди классификаций типов психопатий (нарушений характера) у детей и подростков наиболее известные принадлежат Homburger (1926), Tramer (1949), Michaux (1953), Г. Е. Сухаревой (1959), Stutte (1960). Почти все они выделяют около десятка типов и довольно похожи одна на другую. Классификация Г. Е. Сухаревой (1959), используемая детскими психиатрами в нашей стране, развивает в отношении детского возраста систематику типов П. Б. Ганнушкина (1933). Г. Е. Сухарева выделяет типы «неустойчивых», истероидов и псевдологов, личности гипертимные, аутичные, психастенические, упоминает как о крайне редких типах о паранойиках и эпилептоидах. В ее фундаментальном труде детально описываются те типы, которые формируются еще в детстве (аутисты, т. е. шизоиды, истероиды) или в младшем школьном возрасте (неустойчивые, психастеники, реже — гипертимы).

Систематика, которой мы придерживаемся при дальнейшем изложении, в основном исходит из классификаций П. Б. Ганнушкина (1933), Г. Е. Сухаревой (1959) и типов акцентуированных личностей у взрослых по Leonhard (1964, 1968). Однако наша систематика отличается от предыдущих двумя особенностями. Во-первых, она предназначена специально для подросткового возраста. Все типы описываются такими, какими они

в этом возрасте предстают. Во-вторых, она охватывает психопатии, т. е. патологические отклонения характера, и акцентуации, т. е. крайние варианты нормы.

В силу сказанного к систематике Г. Е. Сухаревой нами добавлены такие типы, как циклоидный, лабильный, астено-невротический, сенситивный, конформный. Циклоидность обычно дебютирует только начиная с подросткового возраста. Лабильные подростки в детстве мало отличаются от остальных сверстников или наделены некоторой инфантильностью (гармонический инфантилизм). Астено-невротический тип включает подростков, как правило, страдавших в детстве невропатией. Сенситивный тип формируется только в старшем подростковом возрасте — на пороге вступления в самостоятельную жизнь. Конформный тип также обнаруживается только начиная с подросткового возраста, когда опекаемое взрослыми детство сменяется стремлением к эмансипации и группированию со сверстниками. Естественно, все эти типы не были представлены в систематике Г. Е. Сухаревой, касающейся в основном детей и подростков до 14 лет.

В итоге далее нами описываются следующие типы психопатий и акцентуаций у подростков: 1) гипертимный, 2) циклоидный, 3) лабильный, 4) астено-невротический, 5) сенситивный, 6) психастенический, 7) шизоидный, 8) эпилептоидный, 9) истероидный, 10) неустойчивый, 11) конформный.

Паранойяльный тип в подростковом возрасте встречается чрезвычайно редко — он раскрывается на третьем-четвертом десятке лет жизни, в период наступления полной социальной зрелости (В. В. Королев, 1974). Поэтому нами данный тип не описывается. Астено-невротический и психастенический типы представлены кратко, преимущественно, как типы акцентуаций, на базе которых могут развертываться соответствующие неврозы.

ГИПЕРТИМНЫЙ ТИП

Этот тип психопатий детально описан Schneider (1923) и П. Б. Ганнушкиным (1933) у взрослых и Г. Е. Сухаревой (1959) у детей и подростков. П. Б. Ган-

нушкин дал этому типу название «конституционально-возбужденный» и включил в группу циклоидов. Однако в последние годы в советской психиатрической литературе подобный тип обычно не выделяется и включается в более широкую группу возбудимых психопатов (О. В. Кербиков, 1962; В. В. Ковалев, 1969; Г. К. Ушаков, 1973).

Сведения от родных свидетельствуют, что с детства гипертимные подростки отличаются большой подвижностью, общительностью, болтливостью, чрезмерной самостоятельностью, склонностью к озорству, недостатком чувства дистанции в отношении ко взрослым. С первых лет жизни они везде вносят много шума, любят компании сверстников и стремятся командовать ими. Воспитатели детских учреждений жалуются на их неугомонность. Однако лишь в очень редких случаях возбудимость в детстве бывает столь сильной, что заставляет обратиться к врачу.

Первые трудности могут выявиться при поступлении в школу. При хороших способностях, живом уме, умении все схватывать на лету обнаруживается неусидчивость, отвлекаемость, недисциплинированность. Учатся поэтому они очень неровно — то блеснут пятерками, то «нахватывают» двоек. В пубертатном периоде двигательная возбудимость может сгладиться, но особенности характера выступают еще более ярко.

Главная черта гипертимных подростков — почти всегда очень хорошее, даже приподнятое настроение. Лишь изредка и ненадолго эта солнечность омрачается вспышками раздражения, гнева, агрессии. Причиной негодования обычно служит противодействие со стороны окружающих, стремление со стороны последних слишком круто подавить бурную энергию подростка, подчинить его чужой воле. Иногда поводом для раздражения становится сознание уж слишком явных собственных промахов и неудач. Вспышки раздражения и гнева учащаются и усиливаются в ситуации строго регламентированного дисциплинарного режима, который гипертимные подростки очень плохо переносят, а также, когда они оказываются в одиночестве, лишены общества, широких контактов, возможности для чего-либо применить свои силы.

Хорошее настроение гипертимных подростков гармо-

нично сочетается с хорошим самочувствием, высоким жизненным тонусом, нередко цветущим внешним видом. У них всегда хороший аппетит и здоровый сон. Хотя спят они чаще немного, но по утрам встают бодрыми. При тяжелых физических нагрузках, недосыпании, напряженной ситуации, требующей активности, энергии, находчивости, они довольно долго сохраняют силы. Однако напряжение в сочетании с вынужденным бездельем переносится плохо. Акцелерация в отношении физического и полового развития обычно бывает ярко выражена. К 15—16 годам нередко можно видеть вполне сформировавшуюся фигуру взрослого.

Специфически-подростковые поведенческие реакции у гипертимов сильно выражены (А. Е. Личко, Н. Я. Иванов, С. Д. Озерецковский, 1973).

Реакция эмансипации бывает особенно отчетливой. В силу этого с родителями, педагогами, воспитателями легко возникают конфликты. К ним ведут мелочный контроль, повседневная опека, наставления и нравоучения, «проработка» в семье и на публичных собраниях. Все это обычно вызывает только усиление «борьбы за самостоятельность», непослушание, нарочитое нарушение правил и порядков. Стараясь вырваться из-под опеки семьи, гипертимные подростки охотно уезжают в лагерь, уходят в туристские походы и т. п., но и там вскоре приходят в столкновение с установленным режимом и дисциплиной. Как правило, обнаруживается склонность к самовольным отлучкам, иногда продолжительным. Истинные побеги из дому у гипертимов встречаются нечасто. При этом они склонны подбивать кого-либо из приятелей себе в попутчики. В побегах особенно выступает их неутомимость, способность не теряться в незнакомых местах, в необычных ситуациях, быстро устанавливать контакты, ловчить и изворачиваться при трудностях. Отношение к правилам и законам менее претерпевает влияние реакции эмансипации. Оно более определяется легкомыслием, чем намерением их нарушать. Проглядывается грань между дозволенным и запрещенным. Заманчивое предприятие оправдывает и «мелкие», с их точки зрения, нарушения законов и даже риск быть пойманным при явных правонарушениях.

Реакция группирования проходит не только под знаком постоянного тяготения к компаниям сверстников.

но и стремления к
стремление обнаружива
подросток хоть некото
попал. В отношении
сверстников гипертим
умение всегда быть
в любой момент в случ
вступить в драку, риск
это признается сверст
словечком «заводной
в организации развте
циях, где требуется бл
и в обстановке трудов
создающих благоприят
положительных сторон

Однако в закрытой
строгим режимом, огр
необходимостью круг
ния замкнутого круга
гипертимных подрост
встревать и везде
сверстников, которые
(А. П. Бизюк, 1972).
их же неутомимостью
гих подростков, они
себя грозную атмо
роль.

Неудержимый ин
пертимных подростк
комств. Контакт со
ставляет для них п
«кипит жизнь», они
приятной среде, поп
они быстро осваива
поведение, одежду,
эмоциональность не
замкнуться только
группы. Их живост
гое, что происходит
они с удовольствием
даже сомнительным
Гипертимные по
мам делинквентног

но и стремления к лидерству в этих компаниях. Это стремление обнаруживается как только гипертимный подросток хоть немного ознакомился с обществом, куда попал. В отношении лидерства в неформальных группах сверстников гипертимы обычно достигают успеха. Их умение всегда быть впереди, бестрепетная готовность в любой момент в случае нужды оказать сопротивление, вступить в драку, рисковать, играть с опасностью,— все это признается сверстниками, нередко наделяющими их словечком «заводной парень». Они бывают на высоте и в организации развлечений, и в чрезвычайных ситуациях, где требуется быстрота, смелость и находчивость, и в обстановке трудового подъема, «аврала», «штурма», создающих благоприятную возможность для раскрытия положительных сторон их характера.

Однако в закрытом учреждении для подростков, со строгим режимом, ограниченностью новых контактов и необходимостью круглосуточного многодневного общения замкнутого круга лиц, слишком брызжущая энергия гипертимных подростков, их постоянное желание всюду вступать и везде командовать начинает тяготить сверстников, которые утрачивают симпатию к ним (А. П. Бизюк, 1972). Реагируя бурными вспышками на их же неугомонностью спровоцированные протесты других подростков, они могут постоянно создавать вокруг себя грозную атмосферу и утрачивать лидерскую роль.

Неудержимый интерес ко всему вокруг делает гипертимных подростков неразборчивыми в выборе знакомств. Контакт со случайными встречными не представляет для них проблемы. Устремляясь туда, где «кипит жизнь», они порою могут оказаться в неблагоприятной среде, попасть в асоциальную группу. Всюду они быстро осваиваются, перенимают манеры, обычаи, поведение, одежду, модные «хобби». Однако энергия и эмоциональность не позволяют гипертимным подросткам замкнуться только в рамках интересов и жизни одной группы. Их живость побуждает обратить взор на многое, что происходит вокруг. Тем не менее с товарищами они с удовольствием отдаются развлечениям, выпивкам, даже сомнительным похождениям.

Гипертимные подростки склонны к групповым формам делинквентного поведения и нередко сами стано-

вятся вдохновителями правонарушений, на которые их толкает не только жажда развлечений или желание получить средства для удовольствий — элемент риска сам по себе также привлекателен для них.

Алкоголизация представляет для гипертимов серьезную опасность с подросткового возраста. Выпивают они в компаниях с приятелями. Предпочитают неглубокие эйфоризирующие стадии опьянения, но легко становятся на путь частых и регулярных выпивок. Если представится случай, могут проявить интерес к наркотикам, особенно к «модным» суррогатам, успокаивая себя мыслью, что «наркоманом от этого не станешь». И действительно, они долго удерживаются на уровне наркотизма, не достигающего степени наркомании.

Реакция увлечения отличается у гипертимных подростков богатством и разнообразием проявлений, но главное — крайним непостоянством хобби. Коллекции сменяются азартными играми, одно спортивное увлечение другим, один кружок на другой, мальчики нередко отдают мимолетную дань техническим увлечениям, девочки — художественной самодеятельности. При постоянном стремлении командовать сверстниками «лидерские хобби» (роль старост, физоргов, культоргов и т. п.) также надолго не увлекают. Официальное лидерство в формализованных группах, видимо, сопряжено не столько с командными функциями, сколько с необходимостью выполнения повседневной мелочной, кропотливой работы, требующей усидчивости и аккуратности. Такого рода труд всегда плохо дается гипертимным подросткам.

Аккуратность отнюдь не составляет их отличительной черты ни в занятиях, ни в выполнении обещаний, ни, что особенно бросается в глаза, в денежных делах. Рассчитывать они не умеют и не хотят, охотно берут в долг, отодвигая в сторону неприятную мысль о последующей расплате. Любят «шиковать», легко пускаются в сомнительные авантюры. Незаконная сделка, мелкая кража в их глазах нередко не носит характер серьезного проступка.

Реакции, связанные с формированием сексуального влечения, обычно проявляются достаточно ярко. Половое чувство рано пробуждается и бывает сильным, это толкает на ранние сексуальные связи. Хотя романтиче-

ские увлечения и случаются, но обычно непродолжительны. Быстро возникает стремление вступить с объектом влюбленности в половую связь. Если это не удастся, то влюбленность вскоре остывает, а влечение удовлетворяется посредством случайных знакомств. Онанизм, как правило, не минует мальчиков этого типа, не пренебрегают они и совместной мастурбацией со сверстниками. Но они не склонны к фиксации на этой форме сексуальной активности и ищут полноценных сношений. К транзиторному подростковому гомосексуализму и иным аномалиям влечения особой склонности не обнаруживается.

Всегда хорошее настроение и высокий жизненный тонус создают благоприятные условия для переоценки своих способностей и возможностей. Избыточная уверенность в своих силах побуждает «показать себя», предстать перед окружающими в выгодном свете, прихвастнуть. Последнее иногда накладывает истероидный отпечаток на поведение гипертимных подростков. Но им присуща искренность задора, действительная уверенность в собственных силах, а не натужное стремление «показать себя больше, чем есть на самом деле», как у настоящих истероидов. Лживость не является их характерной чертой, она может быть обусловлена необходимостью извернуться в трудной ситуации или зиждется на смещении собственных оптимистических представлений с реальной действительностью. Все новое — новые люди, новые места, новые предметы — живо их привлекает в силу искреннего интереса и желания применить свои силы, а не с целью только произвести впечатление. Взгляд на собственное будущее, как правило, полон оптимизма, даже при отсутствии к этому оснований. Неудачи способны вызвать бурную аффективную реакцию, но не выбить надолго из колен. ●

Самооценка гипертимных подростков отличается достаточной искренностью. В случаях акцентуаций, не приводящих к выраженным нарушениям поведения, большинство черт характера подмечается правильно (Н. Я. Иванов, 1972). Даже при декомпенсированных психопатиях сохраняется способность видеть главные гипертимные черты — хорошее настроение, общительность и т. п. Они подтверждают также, что плохо переносят одиночество, отмечают склонность рисовать свое

будущее в радужных красках, страсть к приключениям и риску, привлекательность «первой роли» в опасной ситуации, свою неподатливость критическим замечаниям в свой адрес. Они сознаются в легкости, с которой они могут нарушить правила и законы для «интересных» и «заманчивых» дел, и в том, что задним числом упрекают себя в этом.

Добросовестно отмечаются некоторые черты, объединяющие с типом неустойчивых — выпивки в веселых компаниях, прогулы с целью поразвлечься и т. п. Вместе с тем иногда выступает желание представить себя более конформным к окружению, чем это есть на самом деле. В особенности это касается сексуальных вопросов и отношений с родителями, но в какой-то степени и других проблем. Например, «люблю одеваться как все» — частый ответ гипертимов при оценке отношения к одежде. Однако конформный тип подразумевает при этом наиболее устоявшиеся фасоны, а гипертимы — последнюю моду. В оценке денежных дел также проявляется намерение показать себя более «правильным», чем в действительности. Отвергается склонность бежать от неудач, хотя обычно это нередко случается.

П. Б. Ганнушкин (1933) отметил, что гипертимность часто не достигает степени явной психопатии. По Г. Е. Сухаревой (1959), выраженные формы гипертимных психопатий в возрасте до 15 лет крайне редки.

Наши наблюдения показали, что в возрасте 14—18 лет гипертимность как в виде акцентуации, так и в виде психопатии встречается довольно часто. Из 300 подростков мужского пола, госпитализированных в психиатрическую больницу, где была диагностирована психопатия или установлена акцентуация, 23% были расценены как представители гипертимного типа. У $\frac{2}{3}$ госпитализированных была диагностирована психопатия, а оставшая треть отнесена к акцентуациям характера. В общей популяции гипертимная акцентуация встречается также нередко.

Проведенное нашим сотрудником Н. Я. Ивановым исследование 1650 здоровых социально адаптированных учащихся 14—18 лет выявило гипертимный тип в чистом виде у 7% мальчиков и у 3% девочек и в сочетании с чертами других типов (неустойчивого, конформного, циклоидного, лабильного) еще у 5% мальчиков и у 3% девочек.

Иллюстрацией
подростков может по-
казан Андрей Л. (стр. 6)
В случаях, когда Р.
малых характера — по-
лучает дополните-
личность сходной с дру-
вергается существова-
Гипертимно-неу-
психопатизации являет-
жда развлечений, весел-
более выступает из пер-
жение занятиями и ра-
ребление наркотиков,
линьквентность — в конеч-
циальному образу жизни
Ядро личности по-пр
и от представителей ти-
ков всегда отличает и
и оптимизм, и живой
более всего неугасающе
вожака, заводилы, з
авантюер.
Психопатизация по-
нередко осуществляется
развития (О. В. Кербин)
т. е. под влиянием окру-
в том, что на гиперт-
гипертимно-неустойчив-
семья. Как чрезмерная
ный контроль и жесток-
с неблагоприятным ви-
гипоопека, безнадзор-
к развитию гипертими-
Дмитрий А., 15 лет. От-
11 лет. Живет с матерью. де-
гидностью и вязкостью. Ра-
ностей В 12—13 лет почув-
опека и постоянные нудные
боды». Пытался заниматься
в гр. пне асоциальных свер-
на посег товарищей. Прята-
жизнью». Потянуло к вину,
ние». «некуда деть силу»,
время выпивает в один не-

Иллюстрацией описания гипертимной акцентуации у подростков может послужить выписка из истории болезни Андрея Л. (стр. 69).

В случаях, когда речь заходит о более тяжелых аномалиях характера — психопатиях, гипертимное ядро либо получает дополнительные напластования, делающие личность сходной с другими типами, либо весь тип подвергается существенной трансформации.

Гипертимно-неустойчивый вариант психопатизации является наиболее частым. Здесь жажда развлечений, веселья, рискованных походов все более выступает на первый план и толкает на пренебрежение занятиями и работой, на алкоголизацию и употребление наркотиков, на сексуальные эксцессы и делинквентность — в конечном итоге может привести к асоциальному образу жизни.

Ядро личности по-прежнему остается гипертимным, и от представителей типа неустойчивых таких подростков всегда отличает и повышенный жизненный тонус, и оптимизм, и живой интерес к новому, и может быть более всего неугасающее стремление к лидерству, к роли вожака, заводилы, зачинателя самых рискованных авантюр.

Психопатизация по гипертимно-неустойчивому типу нередко осуществляется по принципу психопатического развития (О. В. Кербиков, 1961; В. В. Ковалев, 1969), т. е. под влиянием окружающей среды. Решающую роль в том, что на гипертимной акцентуации произрастает гипертимно-неустойчивая психопатия, обычно играет семья. Как чрезмерная опека — гиперпротекция, мелочный контроль и жестокий диктат, да еще сочетающийся с неблагополучием внутрисемейных отношений, так и гипоопека, безнадзорность могут служить стимулами к развитию гипертимно-неустойчивой психопатии.

Дмитрий А., 15 лет. Отец оставил семью, когда мальчику было 11 лет. Живет с матерью, дедом и бабушкой, последние отличаются ригидностью и вязкостью. Развитие в первые годы жизни без особенностей. В 12—13 лет почувствовал себя взрослым, надоела мелочная опека и постоянные нудные нотации деда и бабушки, «захотелось свободы». Попытка заниматься спортом, но вскоре бросил и оказался в группе асоциальных сверстников. Стал убегать из дому, подбивая на побег товарищей. Прятались на даче, наслаждаясь «свободной жизнью». Потянуло к вину, в пьяном виде «очень хорошее настроение», «некуда деть силу», легко вступает в драки. В последнее время выпивает в один прием по бутылке вина или по 200—300 г

водки. Из-за побегов, пьянок и драк в 13—14-летнем возрасте родные дважды помещали его в психиатрическую больницу. Остался на второй год в 7-м классе, бросил школу. Пошел работать, но и там начал прогуливать. В 14 лет вступил в половую связь с ученицей старше его по возрасту, потом ее бросил, завел связь с другой.

Недавно, будучи пьяным, познакомился со взрослым наркома-ном, сам выпрашивал у него наркотики, хотелось испытать необычные ощущения. На заводе мастер заметил, как он тайком в туалете растворял какие-то таблетки. Признался, что употребляет наркотики и был госпитализирован. В больнице явлений абстиненции не было, но на руках по ходу вен — следы уколов. Держится среди асоциаль-ных подростков, претендует на лидерство среди них. Тайком выпра-шивал у других больных циклодол, копил его, собирался в компании с двумя-тремя приятелями принять большую дозу циклодола с тем, чтобы испытать галлюцинации. Об опасности наркотиков имел весьма поверхностные сведения. Полон нереальных для него оптимистиче-ских планов — уверен, что его переведут на более заманчивую для него работу, что он легко окончит вечернюю школу и институт.

Диагноз: психопатическое развитие по гипертимно-неустойчи-вому типу.

Гипертимно-истероидный вариант встре-чается значительно реже. На фоне гипертимности по-степенно вырисовываются истероидные черты. При столк-новении с жизненными трудностями, при неудачах, в от-чаянных ситуациях и при угрозе серьезных наказаний возникает и желание разжалобить других (вплоть до де-монстративных суицидных действий), и произвести впечатление своей незаурядностью, и прихвастнуть, «пустить пыль в глаза». Возможно, в развитии этого типа также важнейшую роль играет среда. Воспитание по типу «ку-мира семьи» (В. Я. Гиндикин, 1961), потакание прихотям в детстве, избыток похвал по поводу мнимых и действи-тельных способностей и талантов, привычка всегда быть на виду, созданная родителями, а иногда и неправиль-ными действиями воспитателей, обуславливает в подрост-ковом периоде трудности, которые могут оказаться непре-одолимыми.

Владимир А., 17 лет. В семье всегда была напряженная ситуа-ция. Мать старше отца на 10 лет, беспричинно его ревнует, в при-сутствии сына устраивала сцены, посылала мальчика следить за отцом. Отец мягок, снисходителен, добродушен. Мальчик, по его словам, «с детства научился управлять родителями», извлекая для себя пользу из ревности матери, получал подачки и от нее, и от отца. Всегда отличался активностью, живым нравом, любил весе-лить ребят, рассказывал им фантастические истории, забавлялся, если ему верили. Учился хорошо, легко давался английский, быстро усвоил простые диалоги. Пробовал заниматься самбо, мотоспортом, но вскоре бросил. Намеревался после школы поступить в Военно-медицинскую академию. В 10-м классе неожиданно на некоторое

время оказался полностью предоставленным самому себе — когда мать лечилась в санатории, отца отправили в срочную командировку. Попал в компанию подростков, которые собирались около гостиниц. Выдал им себя за канадского туриста, говорил только по-английски, ввел их в заблуждение, но через несколько дней случайно был разоблачен. Стал с ними выпивать, прогуливать уроки. Чтобы достать денег, занялся мелкими спекуляциями с иностранными туристами. Во время выпускных экзаменов был на этом пойман и исключен из школы. Пошел работать на почту, скрывая это от приятелей, стыдился своей работы, которая не «ценилась» в их среде. Стал часто выпивать — почти по бутылке в один прием. В опьянении наступало бурное веселье — хотя в драки не лез, но не раз был задержан милицией за шум, который устраивал в общественных местах. Появились случайные половые связи. Через год во время общегородского праздника выпускников средних школ («Алые паруса»), завидуя окончившим школу, «загулял» — почти трое суток слонялся по городу, веселился и выпивал, спал урывками. За прогулы был уволен с работы, получил предупреждение от милиции. Тогда заявил, что хочет лечиться от алкоголизма и охотно лег в психиатрическую больницу.

В больнице настроение приподнятое, старается произвести впечатление на персонал, отсылает записки приятелям, написанные по-английски. Быстро освоился с обстановкой, претендует на лидерство среди подростков, пренебрежительно относится к больным и слабым. Многословен, старается выставить себя в выгодном свете. Склонен переоценивать свои способности — хотя год не занимался, уверяет, что легко сдаст экзамен за 10 классов и поступит в академию.

Диагноз: психопатическое развитие (гипертимно-истероидный вариант).

Гипертимно-аффективный вариант психопатизации отличается усилением черт аффективной взрывчатости, что создает сходство с эксплозивными психопатиями. Вспышки раздражения и гнева, нередко свойственные гипертимам, когда они встречают противодействие или терпят неудачи, здесь становятся особенно бурными и возникают по малейшему поводу. На высоте аффекта нередко утрачивается контроль над собой: брань и угрозы вырываются без всякого учета обстановки, в агрессии собственные силы не соизмеряются с силами объекта нападения, а сопротивление может достигать «буйного безумства». Все это обычно позволяет говорить о формировании психопатии возбудимого типа. Это понятие, нам представляется, подразумевает весьма сборную группу. Сходство гипертимной аффективности с эксплозивностью эпилептоидов остается чисто внешним: здесь присуща большая отходчивость, склонность легко прощать обиды и даже дружить с тем, с кем только что был в ссоре. Отсутствуют и другие эпилептоидные черты. Возможно, в формировании этого варианта психопати-

зации существенную роль могут играть не столь редкие у мальчиков гипертимного типа черепно-мозговые травмы.

Михаил Т., 15 лет. Отец и мать в разводе — оба страдают алкоголизмом. До 7 лет воспитывался в деревне у бабушки с дедушкой в хороших условиях. Уже в 6—7 лет отличался буйным нравом, без спроса уходил со старшими ребятами в дальние деревни, не возвращался ночевать. В 7 лет был взят в город отцом и мачехой, которые относились к нему сурово, за проступки жестоко наказывали. В школе учился неохотно при хороших способностях. Допоздна играл на улицах и, боясь наказания, не раз ночевал в парадных: познакомился с солдатами — тайком пролезал ночевать к ним в казарму. С 11 лет бросил школу. В интернате не удержался. Дома с мачехой стал вступать в драки. Где-то не раз пропадал по 10—15 дней. Легко заводил знакомства. Около месяца тайком жил у какой-то бабки-богомолки, затем обворовал ее и сбежал. Был помещен в детскую психиатрическую больницу, откуда выписан к родной матери, в то время бросившей пить. От нее также убежал, воровал в ларьках пищу, сладости, папиросы, отнимал деньги у малышей. Однажды ночью украл из буфета 200 пачек папирос. Утром увидел, как плакала буфетчица, стало ее жалко — все ей вернул. В 12 лет — травма черепа с потерей сознания. После этого стал очень раздражительным, вспыльчивым, легко лезет в драку даже с более сильными подростками, но вместе с тем, быстро отходит.

Был направлен в летний трудовой лагерь для подростков, сбежал оттуда в город, влез по скобам на второй этаж винного завода, украл 15 бутылок вина, привез в лагерь и угощал товарищей. Выпивает с 13 лет — до бутылки вина и до стакана водки в один прием. После побега из трудового лагеря снова был направлен в психиатрическую больницу. Здесь по малейшему поводу вступает в ссоры с персоналом, в драки с другими подростками, дает бурные, но короткие аффективные реакции. Настроение почти всегда приподнятое, активен, всюду встречается, раздражает этим других подростков. Хорошо развит физически. Легко вступает в контакт. Учиться не хочет. Сказал, что хотел бы работать слесарем. Отмечена неврологическая микросимптоматика, игра вазомоторов, яркий дермографизм.

Диагноз. Психопатия тяжелой степени, осложненная посттравматической энцефалопатией. Гипертимно-аффективный вариант.

Катамнез через год. Не учится и не работает, где-то пропадает, домой к матери приходит редко. Милицией задержан не был.

Четвертый вариант динамики обусловлен какими-то эндогенными закономерностями. Речь идет о формировании на фоне предшествующей гипертимности последующей циклоидности. Этот вариант будет представлен при описании циклоидного типа.

ЦИКЛОИДНЫЙ ТИП

Как известно, этот тип был описан в 1921 г. Kretschmer и сперва стал широко использоваться в психиатрических исследованиях. П. Б. Ганнушкин (1933) включил

в «группу циклоидов» четыре типа психопатов — «конституционально-депрессивных», «конституционально-возбужденных» (гипертимных), циклотимиков и эмотивно-лабильных. Циклотимия им рассматривалась как тип психопатии. Однако в дальнейшем под этим понятием стали подразумевать относительно легкие случаи маниакально-депрессивного психоза. Существование циклоидности за рамками этого заболевания было поставлено под сомнение. С 40-х годов термин циклоидная психопатия исчез из психиатрических руководств. И лишь в редких современных работах циклоиды упоминаются как преморбидный тип больных эндогенными психозами, причем они не дифференцируются от гипертимов.

Между тем существует особая группа случаев, когда циклические изменения эмоционального фона никогда даже не приближаются к психотическому уровню (Mischauх, 1953). Г. Е. Сухарева (1959) отметила, что такие непсихотические циклотимические колебания у подростков с наступлением зрелости могут полностью сгладиться. Подобные случаи, с нашей точки зрения, правомерно было бы рассматривать как циклоидную акцентуацию.

Наши с С. Д. Озерецковским исследования (1972) показали, что в подростковом возрасте можно видеть два варианта циклоидной акцентуации — типичные и лабильные циклоиды.

Типичные циклоиды в детстве ничем не отличаются от сверстников или чаще производят впечатление гипертимов. С наступлением пубертатного периода (у девочек это может совпасть с менархе) возникает первая субдепрессивная фаза. Ее отличает склонность к апатии и раздражительности. С утра ощущается вялость и упадок сил, все валится из рук. То, что раньше давалось легко и просто, теперь требует невероятных усилий. Труднее становится учиться. Людское общество начинает тяготить, компании сверстников избегаются, приключения и риск теряют всякую привлекательность. Прежде шумные и бойкие подростки в эти периоды становятся вялыми домоседами. Падает аппетит, но вместо свойственной выразительным депрессиям бессонницы нередко наблюдается сонливость (С. Д. Озерецковский, 1972). Созвучно настроению все приобретает пессимистическую окраску. Мелкие неприятности и неудачи, которые обычно начинают сыпаться из-за падения работоспособности, пережи-

вают крайне тяжело. На замечания и укоры нередко отвечают раздражением, порою грубостью и гневом, но в глубине души впадая еще в большее уныние. Серьезные неудачи и нарекания окружающих могут углубить субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию с суицидными попытками. Обычно лишь только в этом случае циклоидные подростки попадают под наблюдение психиатра.

Юрий П., 16 лет. Вырос в дружной семье. Хорошо учился в английской школе до 10 класса. Отличался веселым нравом, общительностью, живостью, увлекался спортом, охотно участвовал в общественной работе, был председателем школьного клуба.

Последние несколько месяцев изменился. Без причины ухудшилось настроение, «напала какая-то хандра», все валилось из рук, с трудом учился, опротивела общественная работа, забросил занятия спортом, перессорился с товарищами. Сиднем сидел дома после занятий, спорил с отцом, доказывал, что «нет правды в жизни». Ухудшился сон и аппетит. В эти дни случайно попался в руки научно-популярный журнал со статьей о вреде онанизма. Так как сам тайком занимался мастурбацией, решил бросить, но «не хватило воли». Подумал, что его ждет «импотенция, сумасшествие и слабоумие». В эти же дни в школе на комсомольском собрании был подвергнут товарищами суровой критике за развал общественной работы. Один из одноклассников назвал его «плесенью общества». Понял, что он — «неполноценный человек». Возникла мысль о самоубийстве. Вернувшись домой из школы, выждал ночи и, когда родные уснули, принял 50 таблеток мепробомата. Оставил записку, где писал, что он «духовно нищий человек», виноват перед школой и государством.

Из реанимационного центра был доставлен в подростковое отделение психиатрической больницы. Здесь в первые же дни состояние внезапно и резко изменилось: настроение слегка повышено, общителен, активен, легко вступает в контакт, полон энергии. Не понимает, что с ним было, «без причины нашла какая-то хандра». Теперь — все прошло, вернулось прежнее хорошее настроение, рад, что остался жив. Суицидную попытку оценивает критически. Чувствует себя хорошо, аппетит даже повышен, сон стал крепким и спокойным. Скучает по родным, по школе и товарищам. Стремится продолжить учебу.

Диагноз: острая аффективная реакция с истинным покушением на самоубийство в субдепрессивной фазе на фоне циклоидной акцентуации.

Катамнез через 2 года. Успешно окончил школу, учится в институте. Отмечает, что около года после выписки бывали «плохие периоды», продолжавшиеся 1—2 недели и повторявшиеся каждые 1—2 мес. В дальнейшем эти колебания сгладились.

У типичных циклоидов фазы обычно непродолжительны и длятся две-три недели (С. Д. Озерецковский, 1974). Субдепрессия может смениться обычным состоя-

нием или периодом подъема, когда циклоид снова превращается в гипертима, стремится в компании, заводит знакомства, претендует на лидерство и легко наверстывает упущенное в занятиях. Периоды подъема случаются реже, чем субдепрессивные фазы, и по выраженности бывают менее яркие. По наблюдению Ю. А. Строгонова (1973), лишь несвойственные им обычно рискованные шутки над старшими, да стремление везде и всюду остеречь бросается в глаза окружающим в эти периоды.

У циклоидных подростков имеются свои «места наименьшего сопротивления». Важнейшим из них, вероятно, является неустойчивость к коренной ломке жизненного стереотипа. Этим, видимо, объясняются присущие циклоидам затяжные субдепрессивные реакции на первом курсе высших учебных заведений (Ю. А. Строгонов, 1973). Резкое изменение характера учебного процесса, обманчивая легкость первых студенческих дней, отсутствие ежедневного контроля со стороны преподавателей, сменяющееся необходимостью усвоить в короткий период зачетно-экзаменационной сессии гораздо больший, чем в школе, материал — все это ломает привитый предшествующим десятилетием учебный стереотип. Способность в период подъема на лету усваивать материал школьной программы здесь оказывается недостаточной. Упущенное приходится наверстывать усиленными занятиями, а в субдепрессивной фазе и это не приводит к желаемым результатам. Переутомление и астения затягивают субдепрессивную фазу, появляется отвращение к учебе и к умственной работе вообще.

Лабильные циклоиды, в отличие от типичных, во многом приближаются к лабильному (эмоционально-лабильному или реактивно-лабильному) типу. Фазы здесь гораздо короче — несколько «хороших» дней сменяют несколько «плохих». «Плохие» дни более отмечены дурным настроением, чем вялостью, упадком сил или неудовлетворительным самочувствием. В пределах одного периода возможны короткие перемены настроения, вызванные соответствующими известиями или событиями. Но в отличие от описываемого далее лабильного типа нет чрезмерной эмоциональной реактивности, постоянной готовности настроения легко и круто меняться от незначительных причин.

Подростковые поведенческие реакции у циклоидов

как типичных, так и лабильных, обычно выражены умеренно. Эмансипационные устремления и реакции группирования со сверстниками усиливаются в период подъема. Увлечения отличаются нестойкостью — в субдепрессивные периоды их забрасывают, в период подъема находят новые или возвращаются к прежним заброшенным. Заметного снижения сексуального влечения в субдепрессивной фазе сами подростки обычно не отмечают, хотя, по наблюдению близких, сексуальные интересы в «плохие дни» гаснут. Выраженные нарушения поведения (делинквентность, побег из дому, знакомство с наркотиками) мало свойственны циклоидам. К алкоголизации в компаниях они обнаруживают склонность в периоды подъема. Суицидальное поведение в виде аффективных (но не демонстративных) попыток или истинных покушений возможны в субдепрессивной фазе.

Самооценка характера у циклоидов формируется постепенно, по мере того, как накапливается опыт «хороших» и «плохих» периодов. У подростков этого опыта еще нет и поэтому самооценка может быть еще очень неточна.

Циклоидная акцентуация, как указывалось, лишь изредка попадает под наблюдение психиатра. Однако среди здоровых подростков ее удастся выявить в 2—5% (данные Н. Я. Иванова). Причем из них половина может быть отнесена к типичным, а другая половина — к лабильным циклоидам.

ЛАБИЛЬНЫЙ ТИП

Этот тип наиболее полно описан под разными наименованиями Schneider («эмоционально-лабильный», 1923), П. Б. Ганнушкиным («реактивно-лабильный» или «эмотивно-лабильный», 1933), Leonhard (1964, 1968) и др. В систематике психопатий у Г. Е. Сухаревой (1959) этот тип отсутствует. Однако в описанной ею картине «общего» или «гармоничного» инфантилизма содержатся почти все свойственные лабильному типу признаки. При этом добавляется, что с возрастом детский инфантилизм может сгладиться, но остается реактивная лабильность. Как известно, проблема взаимоотношения инфантилизма и психопатий с давних пор привлекает внимание (см. обзор М. И. Буянова, 1971). Наиболее рациональной нам

представляется точка зрения на инфантилизм, в том числе и на общий, гармоничный, как на основу, на которой могут формироваться разные типы психопатий.

В детстве лабильные подростки, как правило, особенно не выделяются среди сверстников. Лишь у некоторых обнаруживается склонность к невротическим реакциям. Однако почти у всех детство наполнено инфекционными заболеваниями, вызываемыми условно патогенной флорой. Частые ангины, непрерывные «простуды», хронические пневмонии, ревматизм, пиелоститы, холециститы и др. заболевания, хотя протекают и не в тяжелых формах, но склонны принимать затяжное и рецидивирующее течение. Возможно фактор «соматической инфантилизации» играет важную роль во многих случаях формирования лабильного типа.

Главная черта лабильного типа — крайняя изменчивость настроения. В этом его существенное отличие от сходного по названию типа «неустойчивых», при котором основной дефект падает на волевую сферу («haltlos» по Краерелю, 1915). Как известно, изменчивость настроения вообще свойственна подросткам. В какой-то мере все они наделены эмоциональной лабильностью. Поэтому диагностика этого типа в подростковом возрасте представляет трудную, но все же выполнимую задачу. Можно говорить о намечающемся формировании лабильного типа в случаях, когда настроение меняется слишком часто и чрезмерно круто, а поводы для этих коренных перемен бывают ничтожными. Кем-то нелестно сказанное слово, неприветливый взгляд случайного собеседника, некстати пошедший дождь, оторвавшаяся от костюма пуговица способны погрузить в унылое и мрачное расположение духа при отсутствии каких-либо серьезных неприятностей и неудач. В то же время какая-нибудь приятная беседа, интересная новость, мимолетный комплимент, удачно к случаю одетый костюм, услышанные от кого-либо, хотя и малореальные, но заманчивые перспективы могут поднять настроение, даже отвлечь от действительных неприятностей, пока они снова не напомнят чем-либо о себе. При психиатрическом осмотре во время откровенных и волнующих бесед, когда приходится касаться самых разных сторон жизни, на протяжении получаса можно видеть не раз готовые навернуться слезы и вскоре радостную улыбку.

Настроению присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. От настроения данного момента зависит и самочувствие, и аппетит, и сон, и трудоспособность, и желание побыть одному или только вместе с близким человеком или же устремиться в шумное общество, в компанию, на люди. Соответственно настроению и будущее то расцветается радужными красками, то представляется серым и унылым, и прошлое предстает то как цепь приятных воспоминаний, то кажется сплошь состоящим из неудач, ошибок и несправедливостей. Одни и те же люди, одно и то же окружение кажутся то милым, интересным и привлекательным, то надоевшим, скучным и безобразным, наделенным всяческими недостатками.

Маломотивированная смена настроения иногда создает впечатление о поверхностности и легкомыслии. Но это суждение не соответствует истине. Представители лабильного типа способны на глубокие чувства, на большую и искреннюю привязанность. Это прежде всего сказывается в их отношении к родным и близким, но лишь к тем, от кого они сами чувствуют любовь, заботу и участие. К ним привязанность сохраняется несмотря на легкость и частоту мимолетних ссор.

Не менее свойственна лабильным подросткам и преданная дружба. В дружбе они стихийно ищут психотерапевта. Они предпочитают дружить с тем, кто в минуты грусти и недовольства способен отвлечь, утешить, рассказать что-нибудь интересное, приободрить, убедить, что «все не так страшно», но в то же время в минуты эмоционального подъема легко откликнуться на радость и веселье, удовлетворить потребность сопереживания.

Лабильные подростки весьма чутки ко всякого рода знакам внимания, благодарности, похвалам и поощрениям — все это доставляет им искреннюю радость, но вовсе не побуждает к заносчивости или самомнению. Поорицания, осуждения, выговоры, нотации глубоко переживаются и способны вторгнуть в беспросветное уныние. Действительные неприятности, утраты, несчастья лабильные подростки переносят чрезвычайно тяжело, обнаруживая склонность к реактивным депрессиям, тяжелым невротическим срывам.

Реакция эмансипации у лабильных подростков выражена весьма умеренно. Им хорошо в семье, если они

чувствуют там...
активность...
словенных...
взрослыми как...
сипации становится...
если ее подогревает...
Тяга к группированию...
изменениям настроений...
подростки ищут комп...
В группе сверстников...
а более ищут эмоцио...
ствуют положением...
кают и защищают боле...

Реакция увлечения...
раничивается типами...
информативно-коммуни...
гл. II). Им чужд и опы...
ная дотошность колле...
вершенствование силы...
ченных интеллектуальн...
более они не претендую...
рищами, художественн...
которые домашние жив...
ная собака) относятся...
дают легкий отток эмоц...
их в момент перепадов...
не длится слишком дол...
Сексуальная активн...
том и ухаживаниями...
ренцированным, вследс...
путь транзитного по...
чрезмерных сексуальны...
всегда стараются избеж...
Самооценка отличает...
менкова, Н. Я. Иванов...
рошо знают особенност...
они — «люди настроени...
зависит. Отдавая отчет...
они не пытаются окружаю...
бы предлагают удивител...
они есть. В том, как от...
обнаруживают удивител...
при первом контакте...

чувствуют там любовь, тепло и уют. Эмансипационная активность проявляется в виде коротких вспышек, обусловленных капризами настроения и обычно трактуемых взрослыми как простое упрямство. Однако реакция эмансипации становится более постоянной и направленной, если ее подогревает неблагоприятная семейная ситуация. Тяга к группированию со сверстниками также подчинена изменениям настроения: в хорошие минуты лабильные подростки ищут компании, в плохие — избегают общения. В группе сверстников они не претендуют на роль вожака, а более ищут эмоциональных контактов; охотно довольствуются положением любимца и баловня, которого опекают и защищают более стеничные приятели.

Реакция увлечения лабильных подростков обычно ограничивается типами хобби, обозначенными нами, как информативно-коммуникативный и эгоцентрический (см. гл. II). Им чужд и опьяняющий азарт игр, и скрупулезная дотошность коллекционирования, и настойчивое совершенствование силы, ловкости, умений, и высоты утонченных интеллектуально-эстетических наслаждений. Тем более они не претендуют на лидерство. Общение с товарищами, художественная самодеятельность, да еще некоторые домашние животные (большей частью собственная собака) относятся к тому роду увлечений, которые дают легкий отток эмоциональной энергии, наполняющей их в момент перепадов настроения. Но ни одно из хобби не длится слишком долго и скоро сменяется другим.

Сексуальная активность обычно ограничивается флиртом и ухаживаниями, а влечение остается малодифференцированным, вследствие чего возможно отклонение на путь транзитного подросткового гомосексуализма. Но чрезмерных сексуальных эксцессов лабильные подростки всегда стараются избежать.

Самооценка отличается искренностью (Е. И. Ефременкова, Н. Я. Иванов, 1971). Лабильные подростки хорошо знают особенности своего характера, знают, что они — «люди настроения» и что от настроения у них все зависит. Отдавая отчет в слабых сторонах своей натуры, они не пытаются что-либо скрыть или затушевать, а как бы предлагают окружающим принимать их такими, какие они есть. В том, как относятся к ним окружающие, они обнаруживают удивительно хорошую интуицию — сразу, при первом контакте чувствуя кто к ним расположен, кто

безразличен, а в ком таится хоть капля недоброжелательности или неприязни. Ответное отношение возникает незамедлительно и без попыток его утаить.

Степень выраженности эмоциональной лабильности в подростковом возрасте обычно не превышает уровня явной акцентуации. Из 36 госпитализированных в психиатрическую клинику подростков этого типа лишь у 9 (22%) диагностирована психопатия, а у остальных 27 (78%) констатируется акцентуация характера. Под наблюдением психиатра случаи лабильной акцентуации попадают, когда психические травмы или трудная обстановка вызывают острые аффективные реакции (иногда с суицидным поведением), реактивные депрессии, тяжелые невротические состояния. В фокусе внимания обычно оказываются сами эти реакции и вызвавшие их травмы, а личность, особенности характера, обуславливающие легкость подобных срывов, нередко остаются в тени. Именно поэтому эмоционально-лабильный тип Шнейдера-Ганнушкина не получил распространения как рабочий термин в психиатрической практике, несмотря на яркость описаний и частоту, с которой этот тип встречается.

Сергей Г., 14 лет. В детстве много болел «простудами», со школьных лет страдает хроническим холециститом. Рос веселым, общительным, но очень обидчивым. У матери — тяжелое заболевание почек, она часто и подолгу лежала в больницах. Воспитан был отцом, который с ним играл, за ним ухаживал, его кормил и одевал. До 11 лет, пока не погиб отец, учился хорошо. После смерти отца несколько месяцев был крайне вял, не играл, ничего не делал, после школы все дни сидел дома и ждал, когда мать вернется с работы. Жаловался на головную боль, плохой сон, «дергались веки». В тот же год в школе переменились учителя. Новая классная руководительница посчитала его лентяем, убедила в этом других педагогов, бранила его перед всем классом. Очень переживал свои неудачи и выговоры учителей. Стал сбегать с уроков, один бродил по городу. Дома на упреки матери реагировал слезами, уходил из дому, отсиживался под лестницей в парадной.

Прошрое лето провел в санатории. Вспоминает о нем очень тепло, там был дисциплинирован, спокойно относился к замечаниям старших. В начале нового учебного года один старшеклассник, проходя мимо него, неожиданно плюнул ему в лицо. В гневе, изловчившись, столкнул того с лестницы. В ответ на наказания категорически отказался ходить в школу, нагрубил учителям. Дома на упреки матери дал бурную аффективную вспышку, убежал из дому, ночевал где-то в парадной. На помещение в детскую психиатрическую больницу сперва реагировал плачем. Но при теплом к нему отношении быстро успокоился. Стал учиться в школе при больнице, подружился с хорошими товарищами.

Во время беседы в зависимости от содержания разговора легко переходил от грусти к улыбке и веселому тону и обратно. При упоминании об отце, погибшем три года назад, расплакался, но быстро поддавался утешению. Рассказал, что по утрам иногда встает бодрым и веселым, в другие же дни с утра чувствует вялость и скуку. Жалуется на головные боли, особенно после конфликтов в школе. Если днем случится что-нибудь неприятное, то вечером долго не может уснуть. Учиться любит, особенно нравятся рисование и английский — учителя по этим предметам к нему хорошо относятся. Согласился, что в школе и дома вел себя неправильно. Хочет продолжать учебу в прежней школе, несмотря на бывшие конфликты с педагогами. Объясняет это тем, что привык к товарищам. К матери относится тепло.

Диагноз. Затяжная реактивная депрессия на фоне явной акцентуации по лабильному типу.

Катамнез через 2 года. Здоров. Продолжает учебу в школе. По-прежнему отличается большой эмоциональностью.

Лабильно-истероидный вариант. В описании лабильного типа можно увидеть черты сходства с другими типами. Богатая эмоциональность, хорошая интуиция, некоторый эгоцентризм, точнее — любовь внимания к себе, излюбленные «хобби» объединяют лабильных подростков с истероидными. Но искренность в отношении к себе и к окружающим, отсутствие нарочитой демонстративности в поведении, способность к теплой привязанности отличает их от истероидов. Лабильным подросткам свойственна также гораздо лучшая самооценка характера (Н. Я. Иванов, 1974). И у лабильных, и у истероидных подростков приходится также встречать склонность к фантазированию. Но фантазии лабильных подростков лишены упоительно-авантюрной жилки, намерения обратить своими выдумками на себя все взоры окружающих, выставить исключительность своей особы. Это — фантазии более романтические, это — скорее идиллические мечты о свершении надежд, о безмятежном счастье и радости всегда и везде и для себя и для своих близких.

Тем не менее в некоторых случаях истероидные черты бывают выраженными и, главное, под действием психических травм и в трудных ситуациях аффективные реакции и реактивные состояния приобретают отчетливый истерический оттенок. Подобные случаи расценивались нами, как смешанный лабильно-истероидный тип.

Владимир Б., 16 лет. Детство и школьные годы до 14 лет прошли без всяких отклонений в поведении. Отличался обидчивостью, большой чувствительностью к похвалам и порицаниям, старательно учился. Сильных увлечений чем-либо не было. С 9 лет — онанизм.

занимался мастурбацией изредка, постоянной тяги не было. Не курит, вина не пьет. С 13 лет почти непрерывный субфебрилитет. Перенес гайморит, хронический пиелонефрит, радикальную операцию по поводу хронического отита. Много лежал в больницах — там очень понравилась работа медицинских сестер, охотно ухаживал за больными. Из-за болезни пришлось вернуться из 9 класса в восьмой. Решил бросить школу и поступить в медицинское училище. Там вскоре вступил в сожительство с сокурсницей — энергичной девицей, славившейся легким поведением. Инициатива в сближении принадлежала ей. Быстро к ней привязался. Хотел бы всегда жить вместе. От первых сношений она забеременела и потребовала на ней жениться. От матери услышал суровый отказ. Разрывался между матерью и бабушкой, которых очень любил, и своей возлюбленной, которую те не пускали в дом и которая тайком устраивала ему скандалы. Недели за две до поступления в больницу перенес грипп с тяжелым носовым кровотечением. Стал раздражителен, по пустякам ссорился с соседями, с родными, со своей любимой. Будучи больным, тайком уходил из дому для встреч с нею. Вслед за гриппом на лице возник большой фурункул. Стеснялся в таком виде появляться на занятиях, пошел к врачу за освобождением, в это время руководитель его группы из училища не застала его дома и оставила матери записку, что он отлынивает от учебы. Бабушка встретила его попреками, назвала симулянтом. В тот же момент позвонила по телефону его возлюбленная и обвинила его в том, что он притворяется больным, чтобы избавиться от нее. Бабушка, подслушивавшая их разговор, обозвала его любимую «ходячим публичным домом». Внезапно разрыдался, почувствовал «страшную обиду на всех», бросился к окну, вскочил на подоконник, рванул раму, но подбежавшей бабушке дал себя удержать — «вдруг ослаб». По его словам, «все произошло внезапно — на одном порыве; какое-то мгновение захотелось умереть, но сразу понял, что это глупость».

Во время беседы обнаруживал большую эмоциональность, дважды расплакался, но тут же при ободрении и шутке легко успокаивался, улыбался. Раскаивался в своем поступке, критически оценил его. Тешил себя мало реальными для него надеждами — жениться на своей возлюбленной, снять комнату, жить вдвоем, работать и продолжать учебу, а «мать и бабушка привыкнут и будут ее любить тоже». Мечтает стать врачом. Охотно говорит о своих болезнях, но легко дает себя отвлечь от ипохондрических переживаний.

Диагноз. Острая аффективная реакция на фоне явной акцентуации по лабильно-истероидному типу.

Катамнез через год. Продолжает учебу. Повторных суицидных попыток не было.

Лабильно-аффективный вариант. Как указывалось, степень выраженности лабильного типа в подростковом возрасте обычно ограничивается акцентуацией и лишь изредка достигает психопатии. Лишь иногда психопатизация идет по пути усиления эмоциональной лабильности до аффективной взрывчатости. Обычно такие случаи попадают в сборную группу возбудимых психопат-

тов. Действительно, аффективные вспышки здесь нередко возникают по ничтожному поводу, но они быстро истощаются. В аффекте не бывает склонности к агрессии. Постоянная смена настроения резко сказывается на всем поведении, проявляясь неусидчивостью, несобранностью, отвлекаемостью, быстрой сменой интересов. От всего этого страдает учеба, возникают постоянные конфликты как со старшими, так и со сверстниками. Кроме того, обычно отсутствует способность к правильной самооценке, присущая лабильной акцентуации критичность в отношении своего характера. В поведении также нередко обнаруживаются некоторые черты неустойчивого типа.

Александр М., 15 лет. Рос без отца, в дружной семье с матерью, теткой и бабушкой. В детстве часто болел «простудами», отличался «нервностью». С первых школьных лет при вполне удовлетворительных способностях учился с трудом, был неусидчив, рассеян, быстро все надоедало. На замечания реагировал бурными аффективными вспышками, кричал, убегал из класса, по словам учителей становился как «бешеный». В минуты повышенного настроения на уроках начинал играть роль шута, корчил рожи, смешил ребят, срывал занятия. Легко поддавался под влияние товарищей, озорничал, но избегал участвовать в драках. Увлекался игрой на рояле, затем на гитаре, пробовал играть в теннис, в хоккей — за все горячо брался и быстро бросал. Больше всего любит «гулять с ребятами», слоняется по улицам до поздней ночи. За ночные прогулки не раз был задержан милицией. Близкого друга не имеет, любит компанию. Вина не пьет — боится рвоты. После нескольких конфликтов с учителями бросил школу, ничего не делал, «гулял», выменивал у иностранцев значки на жевательную резинку.

Оказавшись в психиатрической больнице, сперва испугался, но быстро успокоился и освоился, стал подвижен, суетлив, отвлекаем, склонен к аффективным вспышкам по малейшему поводу. Очень боялся инъекций — при виде шприца упал в обморок. Во время беседы обнаружил выраженную эмоциональную лабильность, на протяжении получаса несколько раз круто менялось настроение. К матери привязан, ее опекой не тяготится. Критика к своему поведению отличается крайней поверхностностью — легко соглашается с обвинениями, дает обещания исправиться и тут же эти обещания забывает. О своем будущем не беспокоится. Хотел бы работать почтальоном — нравится ходить по улицам.

Высокого роста, но грацильного телосложения, женственен, имеет высокий тембр голоса, несколько детское выражение лица, но сексуальное развитие по возрасту. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Диагноз. Психопатия лабильного типа умеренной степени (лабильно-аффективный вариант). Психический инфантилизм.

Другие варианты лабильного типа. П. Б. Ганнушкин (1933) отметил, что часть представителей эмоционально-лабильного типа занимает положение,

близкое к типу циклоидному. У них наблюдается фазность в колебаниях настроения: чередуются «хорошие» и «плохие» дни. Нами подобные случаи рассматривались, как вариант циклоидного типа — «лабильные циклоиды». Нами отмечено также, что эмоциональная лабильность нередко сочетается с сенситивностью. Возможно, лабильность может служить одним из фонов для последующего формирования сенситивного типа (см. сенситивно-лабильный вариант при описании сенситивного типа).

Лабильно-циклоидный вариант ограничивается рамками акцентуации, лабильно-истероидный и сенситивно-лабильный могут достигать степени психопатии, при этом особенно усиливаются именно истероидные или сенситивные черты. Таким образом, на базе лабильности мы сталкиваемся с тремя типами психопатизации: лабильно-аффективным, лабильно-истероидным и сенситивно-лабильным.

АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ ТИП

Этот тип является той точкой, где область психопатий и область неврозов соприкасаются особенно тесно. П. Б. Ганнушкин (1933), отметив особую склонность неврастеников к ипохондричности, включил неврастению, обычно рассматриваемую как один из неврозов, в рамки психопатий. Такая ломка устоявшихся границ не встретила сочувствия. Однако нет нужды доказывать, что лица, склонные к неврастеническим реакциям, обладают особым складом характера. Поэтому астено-невротический тип правомерно рассматривать, как одну из форм акцентуации, которая благоприятствует невротическим реакциям, преимущественно неврастенического круга. На основе этой акцентуации может начаться «невроз развития» (В. Н. Мясищев, 1960). Разграничить такие случаи с психопатиями бывает нелегко. По О. В. Кербикову (1961), критериями для разграничения психопатий и невротических развитий служат отношение личности к своим переживаниям, нарушениям, изменениям характера и т. п., как к болезненным, чуждым, от которых жаждут избавиться, а также склонность невротических нарушений к определенной «локальности», системности, парциальности — изменения не охватывают личность в целом. К сожалению, с помощью этих критериев не всегда удается провести четкую грань между невротиче-

ским и психопатическим развитием, т. е. теми случаями психопатий, при которых психотравмирующая ситуация играла решающую роль в становлении. При далеко зашедших случаях невротических развитий (астенических, ипохондрических) может утрачиваться и парциальность, и даже критическое отношение к нарушениям.

Подростки астено-невротического типа лишь изредка поступают в психиатрические стационары и вовсе не потому, что этот тип в данном возрасте выявляется редко. В здоровой популяции, по данным Н. Я. Иванова, астено-невротический тип акцентуаций встречается у 2% девочек и у 1% мальчиков. Однако возникающие нарушения обычно не требуют вмешательства психиатра и такие подростки остаются под наблюдением терапевтов или невропатологов, лишь иногда пользуясь услугами психотерапии.

У подростков астено-невротического типа с детства нередко обнаруживаются признаки невропатии — беспокойный сон и плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, иногда ночные страхи, ночной энурез, заикание и т. п. Эти картины детально описаны Т. П. Симсон (1958), Г. Е. Сухаревой (1959), В. В. Ковалевым (1973) и др. С наступлением полового созревания, физического возмужания невропатические черты могут сглаживаться. В других случаях детская невропатия трансформируется в астено-невротическую акцентуацию и служит у подростков почвой для неврастенических реакций или невротического развития. Наконец, в третьих случаях этот тип акцентуации может впервые раскрыться именно в подростковом возрасте.

Главными чертами астено-невротической акцентуации является повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется в умственных занятиях. Умеренные физические нагрузки переносятся лучше, однако физические напряжения, например обстановка спортивных соревнований, оказываются невыносимыми. Раздражительность неврастеников существенно отличается от гневливости epileptoидов и вспыльчивости гипертимов и более всего сходна с аффективными вспышками у подростков лабильного типа. Раздражение нередко по ничтожному поводу легко изливается на окружающих, порою случайно попавших под горячую руку, и столь же

легко сменяется раскаянием и даже слезами. В отличие от эпилептоидов аффект не отличается ни постепенным накоплением, ни силой, ни продолжительностью. В отличие от вспыльчивости гипертимов поводом для вспышек вовсе не обязательно служат встречаемое противодействие, бурного неистовства аффект также не достигает. Склонность к ипохондризации является особенно типичной чертой. Такие подростки внимательно прислушиваются к своим телесным ощущениям, крайне подвержены ятрогенности, охотно лечатся, укладываются в постель, подвергаются осмотрам. Наиболее частым источником ипохондрических переживаний, особенно у мальчиков, становится сердце (П. И. Кургановский, 1965).

Делинквентность, побеги из дому, алкоголизация и другие нарушения поведения подросткам астено-невротического типа не свойственны. Но это не означает, что специфически подростковые поведенческие реакции у них отсутствуют. Стремление к эмансипации или тяга к группированию со сверстниками, не получая прямого выражения, в силу астеничности, утомляемости и т. п. могут исподволь подогревать маломотивированные вспышки раздражения в отношении родителей, воспитателей, старших вообще, побуждать к обвинению родителей в том, что их здоровью уделяется мало внимания или же порождать глухую неприязнь к сверстникам, у которых специфически-подростковые поведенческие реакции выражаются прямо и открыто. Сексуальная активность обычно ограничивается короткими и быстро истощающимися вспышками. К сверстникам тянутся, скучают без их компании, но быстро от них устают и ищут отдыха, одиночества или общения с близким другом.

Самооценка астено-невротических подростков обычно отражает их ипохондрические установки. Они отмечают зависимость плохого настроения от дурного самочувствия, плохой сон ночью и сонливость днем, разбитость по утрам. В мыслях о будущем центральное место занимают заботы о собственном здоровье. Они сознают также, что утомляемость и раздражительность глушат их интерес к новому, делают непереносимыми критику и возражения, стесняющие их правила. Однако далеко не все особенности отношений подмечаются достаточно хорошо.

Сергей С. 12 лет
часть личности
преуспевал в занятиях
дистанции. В 12 лет
ступа скончался
почувствовал, что
кой. Боли прошли
ков стала его терпеть
вырашивать у него
отдавать им выражать
ходить в школу. Родители
отправлен в колонии
страшиться выходить
лен в санаторий — та
наторной школе окон
зрелание, за год из
Летом с родителями
лодной реке в жарки
По возвращению в
снова почувствовал бо
сердцебиения, ощущение
вается дыхание». Тиша
пансере никаких откл
нем сидел дома, отка
своей болезнью. Ел и
направлен диспансера
с подозрением на шизо
В клинике старае
лежа, постоянно счита
мощью, капризен, раз
он тяжело болен и м
начинает принимать с
значенной дозы.
Иногда у больного
дистонии: внезапно кра
потом, пульс учащается
150/100 мм рт. ст., жа
лову». Через несколько
Охотно вступает в
носится неприязненно —
жен за то, что тот не
тепло. Просветел при у
его — с помощью того с
иностранных авторучек.
Физически развит на
Диагноз. Затяжной
с картинкой ипохондрическ
невротического типа и п.

Иллюстрируем сказанное следующим примером.

Сергей С., 15 лет. С детства был общителен, но отличался впечатлительностью и мнительностью. До 7-го класса хорошо учился, преуспевал в занятиях легкой атлетикой, хорошо бегал на короткие дистанции. В 12 лет у него на глазах внезапно от сердечного приступа скончалась его бабушка. Вскоре после этого во время бега почувствовал, что заболело сердце, бросил занятия легкой атлетикой. Боли прошли. Через год компания асоциальных одноклассников стала его терроризировать — побоями и угрозами заставляли выпрашивать у иностранцев жевательную резинку, торговать ею и отдавать им выручку. Возобновились боли в сердце, стал бояться ходить в школу, выходить на улицу. Когда главарь компании был отправлен в колонию, преследования прекратились, но теперь стал страшиться выходить из дому из-за болей в сердце. Был отправлен в санаторий — там хорошо себя чувствовал, боли прошли, в санаторной школе окончил 8-й класс. В 14 лет — бурное половое созревание, за год из мальчика превратился во взрослого мужчину. Летом с родителями уехал в деревню — там после купания в холодной реке в жаркий день приступ болей в сердце возобновился. По возвращению в школу и при виде прежних преследователей снова почувствовал боли в сердце. К ним присоединились перебои, сердцебиения, ощущения как что-то «ударяет в голову», «захлебывается дыхание». Тщательное обследование в кардиологическом диспансере никаких отклонений со стороны сердца не выявило. Сиднем сидел дома, отказывался выходить на улицу, допекал родных своей болезнью. Ел и спал хорошо, ночью приступов не было. Был направлен диспансером в подростковую психиатрическую клинику с подозрением на шизофрению.

В клинике старается не покидать постель, боится встать, ест лежа, постоянно считает свой пульс, то и дело зовет врача за помощью, капризен, раздражителен, родных допекает жалобами, что он тяжело болен и может умереть. Осторожен к лекарствам — все начинает принимать с четверти таблетки, постепенно доходя до назначенной дозы.

Изредка у больного отмечены приступы диэнцефальной вегетодистонии: внезапно краснеет, затем бледнеет, покрывается холодным потом, пульс учащается до 120 ударов в минуту, АД повышается до 150/100 мм рт. ст., жалуется на слабость, ощущение «удара в голову». Через несколько минут все нормализуется.

Охотно вступает в контакт и рассказывает о себе. К отцу относится неприязненно — «противно видеть, когда он выпивает», обижен за то, что тот не считает его больным; к матери относится тепло. Просветлел при упоминании о дяде, который, видимо, балует его — с помощью того собрал уникальную коллекцию из полусотни иностранных авторучек. Соглашается, что сердце у него, возможно, здоровое и все «от нервов», просит его лечить.

Физически развит на 18—19 лет, половое развитие завершено.

Диагноз. Затяжной невроз по типу неврастенического развития с картиной ипохондрического синдрома на фоне акцентуации астено-невротического типа и пубертатных диэнцефальных кризов.

СЕНСИТИВНЫЙ ТИП

Еще в 1917 г. Kretschmer, описав одну из форм реактивного психоза, названную сенситивным бредом, обратил внимание, что этот психоз развивается у личностей особого склада: чрезмерная чувствительность и впечатлительность сочетаются у них с высокими моральными требованиями к самим себе, с «этической скрупулезностью». Под ударами судьбы они легко становятся крайне осторожными, подозрительными и замкнутыми. П. Б. Ганнушкиным (1933) было замечено, что за всем этим лежит резко выраженное чувство «собственной недостаточности». Позднее, пытаясь разделить человечество на шизоидов и циклоидов, Kretschmer (1921) отнес сенситивных субъектов к первым. С тех пор сохраняется три тенденции в отношении к сенситивному типу: рассматривать его как вариацию типа шизоидного (Т. И. Юдин, 1926; М. С. Певзнер, 1941), включать его в группу астеников (П. Б. Ганнушкин, 1933), даже считая нецелесообразным и искусственным обособлять его в специальный вариант (О. Е. Фрейеров, 1971; Б. В. Шостакович, 1971) и, наконец, считать сенситивный тип характера как совершенно особый (Schneider, 1923; Kahn 1928; Stutte, 1960, Petrilowich, 1966). Kretschmer также впоследствии изменил свой взгляд: в 13-м издании «Медицинской психологии» (1971) сенситивный тип выделен, как один из основных. Как будет видно из дальнейшего изложения, сенситивные личности существенно отличны от шизоидов и скорее принадлежат к широкому кругу астеников, составляя среди них все же особую подгруппу.

В известных руководствах по детской психиатрии (М. О. Гуревич, 1932; Н. И. Озерский, 1938; Michaux, 1953; Г. Е. Сухарева, 1959; Г. К. Ушаков, 1973) описание сенситивного типа вообще отсутствует и это — не случайно. Сенситивная психопатия формируется относительно поздно. Ее становление чаще всего падает на возраст 16—19 лет, то есть на постпубертатный период, на момент самостоятельного вступления в социальную жизнь.

Однако с детства проявляется пугливость и боязливость. Такие дети часто боятся темноты, сторонятся животных, страшатся остаться одни. Они чуждаются слиш-

ком бойких и шумных сверстников, не любят чрезмерно подвижных и озорных игр, рискованных шалостей, избегают больших детских компаний, чувствуют робость и застенчивость среди посторонних, в новой обстановке и вообще не склонны к легкому общению с незнакомыми людьми. Все это иногда производит впечатление замкнутости, отгороженности от окружающего и заставляет подозревать свойственные шизоидам аутистические наклонности. Однако с теми, к кому эти дети привыкли, они достаточно общительны. Сверстникам они нередко предпочитают игры с малышами, чувствуя себя среди них увереннее и спокойнее. Не проявляется также свойственный шизоидам ранний интерес к абстрактным знаниям, «детская энциклопедичность». Многие чтению охотно предпочитают тихие игры, рисование, лепку. К родным они иногда обнаруживают чрезвычайную привязанность, даже при холодном отношении или суровом обращении с их стороны. Отличаются послушанием, часто слышат «домашним ребенком».

Школа пугает их скопищем сверстников, шумом, возней, суетой и драками на переменах, но привыкнув к новому классу и даже страдая от некоторых соучеников, они неохотно переходят в другой коллектив. Учатся обычно старательно. Пугаются всякого рода контрольных, проверок, экзаменов. Нередко стесняются отвечать перед классом, боясь сбиться, вызвать смех или, наоборот, отвечают гороздо меньше того, что знают, чтобы не прослыть выскочкой или чрезмерно прилежным учеником среди одноклассников.

Начало пубертатного периода обычно проходит без особых осложнений. Трудности адаптации чаще возникают в 16—19 лет. Именно в этом возрасте выступают оба главных качества сенситивного типа, отмеченные П. Б. Ганнушкиным — «чрезвычайная впечатлительность» и «резко выраженное чувство собственной недостаточности» (П. Б. Ганнушкин, 1964).

Реакция эмансипации у сенситивных подростков бывает выражена довольно слабо. К родным сохраняется детская привязанность. К опеке старших относятся не только терпимо, но даже охотно ей подчиняются. Упреки, нотации и наказания со стороны близких скорее вызывают слезы, угрызения и даже отчаяние, чем обычно свойственный подросткам протест. Тем более не возни-

кает желания отвергать духовные ценности, интересы и обычаи старшего поколения. Иногда даже выступает подчеркнутое следование идеалам и модусу жизни взрослых. Созвучно этому рано формируется чувство долга, ответственности, высоких моральных и этических требований и к окружающим, и к самому себе. Сверстники ужасают грубостью, жестокостью, циничностью. В себе же видется множество недостатков, особенно в области качеств морально-этических и волевых. Источником угрызений у подростков мужского пола зачастую служит столь частый в этом возрасте онанизм. Возникают самообвинения в «гнусности» и «распутстве», жестокие укоры себя в неспособности удержаться от пагубной привычки. Онанизму приписывается также собственное слабование во всех областях, робость и застенчивость, неудачи в учебе вследствие якобы слабеющей памяти или свойственная иногда периоду роста худоба, диспропорциональность телосложения и т. п.

Чувство собственной неполноценности у сенситивных подростков делает особенно выраженной реакцию гиперкомпенсации. Они ищут самоутверждения не в стороне от слабых мест своей натуры, не в областях, где могут раскрыться их способности, а именно там, где особенно чувствуют свою неполноценность. Девочки стремятся показать свою веселость. Робкие и стеснительные мальчики натягивают на себя личину развязности и даже нарочитой заносчивости, пытаются показать свою энергию и волю. Но как только ситуация неожиданно для них требует смелой решительности, они тотчас же пассивуют. Если удастся установить с ними доверительный контакт и они чувствуют от собеседника симпатию и поддержку, то за спавшей маской «все нипочем» оказывается жизнь, полная укоров и самобичевания, тонкая чувствительность и непомерно высокие требования к самому себе. Нежданное участие и сочувствие могут сменить заносчивость и браваду на бурно хлынувшие слезы.

В силу той же реакции гиперкомпенсации сенситивные подростки оказываются на общественных постах (старосты и т. п.). Их выдвигают воспитатели, привлеченные послушанием и старательностью. Однако их хватает лишь на то, чтобы с большой личной ответственностью выполнять формальную сторону порученной им функции, но неформальное лидерство в таких коллекти-

вах достается другим. Намерение избавиться от робости и слабоволия толкает мальчиков на занятия силовыми видами спорта — борьбой, гантельной гимнастикой, и т. п. Так, например, 16-летний сенситивный юноша, тихий и нерешительный, почти все свободное время проводил на парашютной вышке, прыгая по нескольку раз в день и проделывая в воздухе разного рода гимнастические упражнения, чтобы «навсегда подавить всякий страх». Возможно занятия спортом приносят им определенную пользу, но заметных успехов они здесь не достигают.

Реакция группирования со сверстниками, как и реакция эмансипации, получает мало внешних проявлений. В отличие от шизоидов, сенситивные подростки не отгораживаются от товарищей, не живут в воображаемых фантастических группах и не способны быть «белой вороной» в обычной подростковой среде. Они разборчивы в выборе приятелей, предпочитают близкого друга большой компании, очень привязчивы в дружбе. Некоторые из них любят иметь более старших по возрасту друзей. Обычная подростковая группа ужасает их господствующими там шумом, развязностью, грубостью.

Увлечения сенситивных подростков можно разделить на истинные, гармонирующие с их характером, и на контрастные их натуре и обусловленные реакцией гиперкомпенсации. Первые, в основном, относятся к типу интеллектуально-эстетических хобби. Они весьма разнообразны и определяются уровнем интеллекта и общего развития, примерами старших, индивидуальными способностями и склонностями. Здесь встречается и увлечение разными видами искусства: музыкой (обычно классической), рисованием, лепкой, шахматами. Здесь же и разведение домашних цветов, певчих птиц, аквариумных рыб, приручение мелких животных. Удовлетворение здесь доставляет сам процесс этих занятий (Ю. А. Скроцкий, 1974): возможность прочесть интересную книгу в оригинале на иностранном языке, послушать любимую музыку, порисовать, решить сложную шахматную задачу, полюбоваться растущими цветами, покормить рыбок и т. п. Эти увлечения начисто лишены желания привлечь к себе внимание окружающих или добиться поразжающих результатов. Даже реальные успехи самими подростками оцениваются весьма скромно.

Увлечения, связанные с гиперкомпенсацией, чаще принадлежат к хобби типа «лидерских» или телесно-манипулятивных. Здесь главное уже цель и результат, а не сам процесс. О характере этих увлечений уже было сказано выше.

Реакции, связанные с формирующимся сексуальным влечением, густо окрашены переживаниями собственной неполноценности. Как указывалось, подростковый онанизм становится порою источником мучительных угрызений и терзаний. Робость и застенчивость выступают с особой силой, когда вспыхивает первая любовь. Нередко объект влюбленности так и остается неосведомленным о вызванном им чувстве. Или же объяснения и признания бывают, возможно в силу той же гиперкомпенсации, столь решительными и неожиданными, что пугают и отталкивают. Отвергнутая любовь повергает в отчаяние и крайне обостряет чувство собственной неполноценности. Самобичевания и самоукоры доводят до суицидных мыслей.

Суицидальное поведение сенситивных подростков отличается двумя качествами. Во-первых, повторными вспышками суицидных мыслей без осуществления каких-либо попыток. Вспышки эти всегда обусловлены ситуацией — ударами жизни по слабым местам сенситивных субъектов, подогревающими представление о собственной никчемности. Во-вторых, истинными суицидными действиями, лишенными всякого элемента демонстративности. Суицидный акт совершается обычно под влиянием цепи неудач, разочарований (долгий «предсуицидальный период» по Д. Д. Федотову и др., 1974), причем последней каплей может послужить довольно ничтожный повод. В силу этого суицидные действия могут оказаться совершенно неожиданными для окружающих.

Ни к алкоголизации, ни к употреблению наркотиков, ни к делинквентному поведению сенситивные подростки не склонны. Сенситивные юноши, как правило, даже не курят, алкогольные напитки же способны внушать им отвращение. В алкогольном опьянении часто приходится видеть не эйфорическую, а депрессивную реакцию с возрастанием переживаний своей неполноценности. В отличие от шизоидов, алкоголь не способен играть роль своеобразного коммуникативного допинга, т. е. не облегчает контактов и не вселяет уверенности в себе.

Ложное суждение о делинквентности может сложиться при побегах из дому, прогулах школьных занятий или даже полном отказе посещать школу, которые вызваны психическими травмами или непереносимой для сенситивных подростков ситуацией. Претерпеваемые подростком насмешки, грубость, обиды, тягостная обстановка могут оставаться неизвестными для других. Неожиданная отчаянная бурная агрессия в адрес обидчика иногда неправильно трактуется, как банальная драчливость или хулиганство.

Самооценка сенситивных подростков отличается довольно высоким уровнем объективности. Подмечается свойственная с детства обидчивость и чувствительность, застенчивость, которая особенно мешает подружиться с кем хочется, неумение быть вожаком, заводилой, душой компании, неприязнь к авантюрам и приключениям, всякого рода риску и острым ощущениям, отвращение к алкоголю, нелюбовь к флирту и ухаживаниям. Они подчеркивают, что не склонны ни легко ссориться, ни быстро мириться. У многих из них имеются проблемы, к которым они не могут определить своего отношения или не хотят сделать это. Чаще всего этими проблемами являются отношение к друзьям, к своему окружению, к критике в свой адрес, к деньгам, к спиртным напиткам. Видимо, все это бывает связано с окрашенными эмоциями затаенными переживаниями. Питая отвращение к лжи и маскировке, сенситивные подростки отказываются предпочесть неправду.

Слабым звеном сенситивных личностей является отношение к ним окружающих. Непереносимой для них оказывается ситуация, где они становятся объектом насмешек или подозрения в неблаговидных поступках, когда на их репутацию падает малейшая тень или когда они подвергаются несправедливым обвинениям. Иллюстрацией сказанному могут послужить следующие примеры. К 14-летнему сенситивному подростку на улице пристал пьяный мужчина, обоих отвели в милицию, подростка тотчас же отпустили, но «все видели как его вел милиционер» и это послужило причиной долгих тягостных переживаний и отказа ходить в школу. От прибора, на котором работал в лаборатории другой 17-летний сенситивный юноша, пропала ценная деталь, кто-то из сослуживцев шутя бросил фразу: «Если взял, то верни!».

Этого было достаточно, чтобы прийти к заключению, что его все считают вором, и бросить работу в научно-исследовательском институте, которой этот юноша очень дорожил. Из гардероба, когда дежурной была 15-летняя школьница, пропала куртка; ее стала мучать мысль, что «воровкой все должны считать ее».

Не случайно в семьях сенситивных подростков неоднократно встречались бредовые больные или параноидальные психопаты, которые предъявляли этим подросткам вздорные обвинения. Мать 16-летнего сенситивного мальчика, страдавшая инволюционным параноидом, корила его в том, что он якобы сожительствует с пожилой женщиной, бывшей любовницей его давно умершего отца. Другая мать, подозрительная и скупая, бранила своего сына, домоседа, любителя птиц и цветов, за то, что он якобы связан с шайкой бандитов, которая собирается ее ограбить. Престарелой бабке уехавшие на север родители поручили воспитание 15-летней сенситивной девочки. Увидев внуку на улице с одноклассником, она при соседях назвала ее публичной девкой и потребовала пойти к гинекологу на освидетельствование. Все описанные ситуации послужили причиной реактивных состояний. Естественно, стать посмешищем для окружающих, вследствие каких-либо действительных недостатков или неудачных действий родителей или воспитателей, более чем достаточно, чтобы оказаться повергнутым в депрессивное состояние.

Среди 300 подростков мужского пола, госпитализированных в психиатрическую больницу с психопатиями и акцентуациями характера, к сенситивному типу было отнесено 8%, причем лишь в четвертой части из них был поставлен диагноз психопатии, а в остальных — реактивных состояний на фоне соответствующей сенситивной акцентуации.

Иллюстрируем сказанное следующим примером.

Александр О., 17 лет, житель одного из сибирских городов. Отец и мать страдают алкоголизмом, развелись, когда ему было 9 лет. Отец живет один, отличается подозрительностью и замкнутостью. Мать сожительствует с пьяницами, не любит сына, который, по ее мнению, похож характером на отца. Старший брат — любимец матери и миротворец в семье — недавно был призван в армию. Развитие в первые годы жизни без особенностей, в школе учился вполне удовлетворительно. Когда родители разошлись, стал навещать отца. За это мать, назвав его подонком, выгнала из дому. С 9 до 11 лет

жил у отца, тайком встречался со старшим братом, по просьбе которого мать снова взяла его к себе. В дальнейшем несколько раз переходил от матери к отцу и обратно. Отец, по-видимому, страдает алкогольным параноидом. Неоднократно слышал от него обвинения в том, что он «подослан матерью, чтобы отравить родного отца». Иногда отец отказывался есть приготовленную им пищу. Обиженный, уходил к матери. После ее оскорблений возвращался к отцу. Последний, попав в больницу после отравления испорченной колбасой, демонстративно отказался от принесенной сыном передачи и публично обвинил его в том, что он «подсыпает отраву». После этой сцены впервые появились суицидные мысли. К матери привязан, несмотря на плохое к нему отношение. На ее пьяную брань, попреки, оскорбления реагировал унынием, тайком плакал, появлялись суицидные мысли, но никогда никому их не высказывал.

В школе был тихим и стеснительным, тяжело отреагировал на реплику одноклассника «от отца к матери ходишь». Дружил с девочкой, в которую тайком был влюблен. Хорошо рисует, увлекался рисованием портретов. Не курит, вина никогда не пил. После 8 класса пошел работать на завод. Мать стала ругать за маленький заработок, за то, что грязным приходит с работы, снова прогнала к отцу. Мечтал учиться рисованию. Оставил работу и поехал к тетке в Ленинград с намерением поступить в художественное училище. Был потрясен красотой города, три дня ходил, как зачарованный по улицам, рассматривая памятники и старинные дома. На четвертый день, придя в училище, увидел комнату приемной комиссии закрытой, из объявления узнал, что срок подачи заявлений накануне истек. Был очень удручен, но постеснялся к кому-либо обращаться с просьбами. Решил остаться у тетки и работать в Ленинграде. Нигде на работу не брали, смог устроиться только временно в пригородный совхоз на разборку овощей. Получил письмо от матери с бранью в его адрес, мать назвала его вором за то, что без спроса взял с собой рубашку старшего брата. Получил также письмо от девочки, которую любил, с извещением, что она «дружит с другим» и они больше не встретятся. Последующие его письма к ней остались без ответа.

Настроение было сниженным, но сон и аппетит не страдали. Читая интересную книгу или гуляя по городу, на время забывал о неприятностях. Совсем впал в отчаяние, когда получил окончательный отказ в прописке у тетки. В тот вечер ее не было дома. Соседи, справлявшие день рождения своего сына — его ровесника, пригласили в гости. Впервые выпил целый стакан портвейна. Вернувшись к себе сразу «вспомнил все неприятности», охватила тоска, понял, что он — неудачник и жить ему не стоит. На глаза попалась бутылка хлорофоса. Выпил все, что в ней было. Оставив записку тетке, «Я никому не нужен», заперся в маленькой комнате и уснул. Вернувшаяся тетка обнаружила его без сознания. Около суток был в коматозном состоянии. Из реанимационного центра был доставлен в психиатрическую больницу. В подростковом отделении первые дни был угнетен, замкнут, держался в стороне. Затем обнаружил избирательную общительность, настроение улучшилось, суицидные мысли исчезли, сожалел о случившемся. Воспрянул духом, когда выяснилась возможность устроить его в ПТУ с художественным уклоном.

При неврологическом и соматическом осмотре — без отклонений от нормы.

Диагноз. Острая аффективная реакция с истинным суицидным поведением на фоне явной акцентуации сенситивного типа.

Катамнез через год. Снят с учета диспансера. Повторных суицидных попыток не было.

Сенситивно-лабильный и шизоидно-сенситивный варианты. Отличия сенситивного типа от шизоидного упоминались по ходу предшествующего изложения. К сказанному следует добавить, что сенситивные субъекты лишены одного весьма существенного качества шизоидов — недостатка интуиции. Наоборот, они очень чувствительны к тому, как окружающие относятся к ним. Тем не менее встречаются смешанные типы, где сенситивность и шизоидность сочетаются, тогда именно шизоидность является главенствующей чертой.

Более трудным является, как это было отмечено еще П. Б. Ганнушкиным (1933), различение сенситивного и лабильного типов. У сенситивного подростка отсутствуют всплески радостного настроения, есть постоянная готовность к унынию, застенчивость, даже в самом благорасположенном окружении, — всего этого обычно нет у представителя лабильного типа. Тем не менее сочетание сенситивности с выраженной лабильностью эмоций — легкого упадка духа и слез, даже при воспоминании о давних неприятностях, и быстрой податливости утешению и успокоению — заставляет некоторые случаи рассматривать, как смешанный тип («сенситивно-лабильный вариант»). Однако в отличие от сенситивных шизоидов здесь именно сенситивность составляет главную основу характера.

ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП

Этот тип, так же как и астено-невротический, относится к области тесного соприкосновения психопатий и неврозов. Психастеническая личность особенно расположена к развитию обсессивного невроза («невроз навязчивых состояний»). Вслед за тем, как Janet описал психастению (1903), большинство наиболее известных исследователей рассматривали ее как аномалию характера (С. А. Суханов, 1912; Schneider, 1923; П. Б. Ганнушкин, 1933; Д. С. Озерецковский, 1950).

Психастенические проявления в детстве незначительны и ограничиваются робостью, пугливостью, моторной неловкостью, склонностью к рассуждательству и ранними «интеллектуальными интересами» (М. И. Буянов, А. С. Чудин, 1974). Иногда уже в детском возрасте обнаруживаются навязчивые явления, особенно фобии — боязнь незнакомых людей и новых предметов, темноты, боязнь оказаться за закрытой дверью и т. п. Реже можно наблюдать появление навязчивых действий, невротических тиков и т. п.

Критическим периодом, когда психастенический характер развертывается почти во всей своей полноте, являются первые классы школы. В эти годы безмятежное детство сменяется первыми требованиями к чувству ответственности. Подобные требования представляют один из самых чувствительных ударов для психастенического характера. Воспитание в условиях «повышенной ответственности», когда родители возлагают недетские заботы по надзору и уходу за младшими или беспомощными стариками, положение старшего среди детей в трудных материальных и бытовых условиях способствует становлению психастении (Г. Е. Сухарева, 1959). В прошлые годы, возможно, все это было важнейшими факторами. В наше время материального благополучия пришлось столкнуться с иной формой «повышенной ответственности». Родители лелеют слишком большие надежды на успехи ребенка, требуя только отличной учебы или заметных достижений в занятиях музыкой или языками, или отдавая дань какой-либо очередной моде, вроде фигурного катания на коньках. Склонный к психастении ребенок не остается безучастным к родительским надеждам, чутко воспринимает эти высокие экспектации и страшится их не оправдать, дабы не потерять всей полноты родительского внимания и любви.

По сравнению с другими типами психопатий резких обострений психастении в пубертатном периоде обычно не бывает. Психастенические черты в этот период могут даже несколько сглаживаться. Однако чаще все же выступает склонность к рассуждательству, мудрствованию, чрезмерному самоанализу, но все это обычно не приводит к социальной дизадаптации. Декомпенсации могут наступать опять же в моменты высоких требований к чувству ответственности, например во время экзаме-

нов. Наибольшего расцвета психастения достигает в возрасте 20—40 лет (Janet, 1903), с началом инволюции ее проявления опять ослабевают.

Главными чертами психастенического типа в подростковом возрасте являются нерешительность и склонность к рассуждательству, тревожная мнительность и любовь к самоанализу и, наконец, легкость образования obsessions — навязчивых страхов, опасений, действий, ритуалов, мыслей, представлений.

Тревожная мнительность психастенического подростка отличается от сходных черт астено-невротического и сенситивного типов. Если астено-невротическому типу присущи страх за свое здоровье (ипохондрическая направленность мнительности и тревоги), а для сенситивного типа свойственны беспокойство по поводу отношения, возможных насмешек, пересудов, неблагоприятного мнения о себе окружающих (релятивная направленность мнительности и тревоги), то опасения психастеника целиком адресуются к возможному, даже к маловероятному в будущем (футуристическая направленность). Как бы чего не случилось ужасного и непоправимого, как бы не произошло какого-либо непредвиденного несчастья с ними самими, а еще страшнее с теми близкими, к которым они обнаруживают патологическую привязанность. Опасности реальные и невзгоды уже случившиеся пугают куда меньше. У подростков особенно характерной бывает тревога за мать — как бы она не заболела и не умерла, хотя ее здоровье никому не внушает никаких опасений, как бы не попала в катастрофу, не погибла бы под транспортом. Если мать опаздывает с работы, где-то без предупреждения задержалась, психастенический подросток не находит себе места.

Защитой от постоянной тревоги за будущее становятся специально выдуманные приметы и ритуалы. Если, например, шагая в школу, обходить все люки, не наступая на их крышки, то не провалишься на экзаменах, если не дотрагиваться до ручек двери, то не заразишься и не заболеешь, если при всякой вспышке страха за мать произносить про себя самим придуманное заклинание, то с ней ничего не случится и т. п. Другой защитой становится специально выработанный педантизм и формализм. Осознанно или подсознательно психастениче-

ский подросток исходит здесь из постулата, что если все заранее предусмотреть и поступать в точном соответствии с заранее намеченным решением, то ничего плохого не случится. Педантизм психастеника отличается от такового у эпилептоида. За педантизмом последнего всегда стоят себялюбие, заботы о собственных интересах и благополучии; педантизм психастеника более надуман и формалистичен.

Нерешительность и рассуждательство у психастенического подростка идут рука об руку. Такие подростки бывают сильны на словах, но не в действиях. Всякий самостоятельный выбор, как бы малозначим он не был — например, какой фильм пойти посмотреть в воскресенье — может стать предметом долгих и мучительных колебаний. Однако уже принятое решение должно быть немедленно исполнено. Ждать психастеники не умеют, проявляя удивительное нетерпение. У психастенических подростков нередко приходится видеть реакцию гиперкомпенсации в отношении своей нерешительности и склонности к сомнениям. Эта реакция проявляется у них самоуверенными и безапелляционными суждениями, утрированной решительностью и скоропалительностью действий в моменты, когда требуется неторопливая осмотрительность и осторожность. Постигающие вследствие этого неудачи еще более усиливают нерешительность и сомнения.

Склонность к самоанализу более всего распространяется на размышления по поводу мотивов своих поступков и действий, проявляется в копании в своих ощущениях и переживаниях.

Физическое развитие психастеников обычно оставляет желать лучшего. Спорт, как и все ручные навыки, дается им плохо. Обычно у психастенических подростков особенно слабы и неловки руки при более сильных ногах. Поэтому привлечение к спорту лучше начинать с бега, прыжков, лыж и т. п., что такому подростку облегчает возможность утвердиться.

Специфически-подростковые поведенческие реакции у психастеников выражены слабо или своеобразно. Вместо реакции эмансипации нередко приходится видеть патологическую привязанность к кому-либо из членов семьи, у мальчиков — чаще к матери. Возможно эта привязанность питается несамостоятельностью и нерешительностью.

тельностью. Тяга к сверстникам проявляется в робких формах — места в подростковой группе им обычно не находится, если только не посчастливится попасть в компанию юных интеллектуалов. Психастенические увлечения, как правило, относятся к области интеллектуально-эстетических хобби. Даже коллекционирование более питается этими потребностями, чем страстью накопительства («Я собираю марки, чтобы изучать географию» — заявил 12-летний психастеник).

Сексуальное развитие обычно опережает общее физическое. Нередко наблюдается интенсивный онанизм, который становится источником самоугрызений и символических запретов. Может обнаруживаться также склонность к гомосексуализму.

Все описанные формы проявления подростковых нарушений поведения не свойственны психастеникам. Ни делинквентность, ни побеги из дому, ни алкоголь, ни наркотики, ни даже суицидальное поведение в трудных ситуациях нами не встречались. Их место, видимо, полностью вытеснили навязчивости, мудрствование и самоанализ.

Самооценка, несмотря на склонность к самоанализу, далеко не всегда бывает правильной. Часто выступает тенденция находить у себя самые разнообразные черты характера, включая совершенно несвойственные (например, истероидные).

В зависимости от того, как выражены психастенические явления и насколько они нарушают социальную адаптацию подростка, следует говорить о психастенической психопатии или акцентуации характера.

Иллюстрируем сказанное следующим примером.

Григорий С., 16 лет. Из интеллигентной семьи: отец известный деятель искусств, старше 60 лет; мать окончила консерваторию, бывшая певица, «бросила сцену для мужа и сына», работает учителем музыки. Развитие в первые годы жизни без отклонений от нормы, несмотря на искусственное вскармливание. С 5 лет научился читать, рано обнаружил склонность к рассуждательству, был робок и застенчив. Рос в обстановке гиперопеки, которой, однако, не тяготится, и повышенных надежд родителей, которые всегда старается оправдать. До 10 лет воспитывался бабушкой, к которой был очень привязан. В школе сразу стал отличником, обнаружил гуманитарные склонности, уже в младших классах увлекался Достоевским: по инициативе родителей занимался в студии художественного слова во Дворце пионеров. Был довольно веселым, любил тонкий юмор, но со сверстниками оставался робким и застенчивым, предпочитая

их обществу беседы со взрослыми. Всегда был очень дисциплинирован и послушен. В 10 лет родители перевели его в специализированную школу с преподаванием ряда предметов на итальянском языке и с углубленным изучением гуманитарных дисциплин. Одновременно учился в музыкальной школе по классу рояля. С детства чувствовал, что родители ждут от него выдающихся успехов и старался изо всех сил. В трудные минуты искал поддержки у бабушки или матери. К отцу всегда относился более сдержанно. Знает, что у того есть любовница, тайком страшится разрыва родителей, переживает за мать.

Когда ему было 10 лет, бабушку, которая его воспитывала и которую очень любил, разбил паралич. Три года трогательно за ней ухаживал, кормил, умывал, помогал в туалете, читал ей вслух книги и любимые ее стихи. Из школы спешил к ней, старался поменьше уходить из дома. Следил за приемом лекарств. Когда ему было 14 лет, бабушка умерла. В момент ее смерти оказался около нее один. Тяжело переживал утрату, плакал, стал тихим, грустным, повторял, что «бабушка унесла радость». Появились навязчивости. Боялся войти в бабушкину комнату, трогать ее вещи, остаться один дома, спать в темноте — всю ночь жег свет. Совершенно перестал читать вслух стихи, боялся брать в руки книги с последними. Появилась болезненная тревога за мать — стоило ей где-то немного задержаться, не находил себе места, бежал ее искать. Стал придумывать свои приметы. Например, на контрольные и ответственные занятия стал надевать всегда одну и ту же «счастливую рубашку».

Через 3 мес. после смерти бабушки подошли первые в жизни экзамены. На итальянском языке — самом ответственном предмете в их школе — вдруг почувствовал, что отвечать не может, хотя хорошо знал материал. Сперло дыхание, побледнел, не мог произнести ни слова, только судорожно хватал ртом воздух. Некоторые «трудности с дыханием» начались за год до этого, когда в музыкальной школе перешел по своей инициативе из класса рояля в класс флейты. Почувствовал, что «надо учиться дышать», усиленно следил за своим дыханием, но успешно преодолевал технические трудности игры на флейте. В 9 и 10 классах на уроках отвечал только письменно или шепотом, или за пределами класса, особенно по итальянскому. Иначе не мог — «не хватало воздуха». Вне занятий, а также в музыкальной школе, даже на таких уроках, как история музыки или музыкальная литература, говорил громко и свободно. Лечился у логопедов, старался с помощью аутотренинга преодолеть свой страх. Окончил 10 классов — ото всех экзаменов освободили. Собирается поступить в музыкальное училище и стать флейтистом.

В подростковую психиатрическую клинику поступил по своему желанию в связи с предстоящим призывом в армию. Здесь легко адаптировался, помогал персоналу, держался среди интеллектуально развитых подростков, много читал, обнаружил подчеркнутую дисциплинированность, ответственное отношение к обследованию и процедурам, соблюдению режима. В беседе сдержан, несколько застенчив, тактичен, охотно рассказывает о всех событиях своей жизни. На волнующие вопросы дает живые эмоциональные реакции. Никакой рисовки или претенциозности не обнаруживает. Избегает лишь разговора на сексуальные темы, уверяет, что «девочки его совершенно не интересуют», при этом волнуется, видимо, скрывает

какие-то сексуальные переживания. Боится военной службы, но «если надо, готов пойти служить».

При неврологическом и соматическом осмотре — без патологии. Грацильное сложение, но сексуальное развитие по возрасту. На ЭЭГ при гипервентиляции — незначительные диффузные изменения.

Диагноз. Психопатическое развитие по психастеническому типу (умеренная степень).

Катамнез через год. Продолжает музыкальное образование. Остается застенчивым, чрезвычайно привязанным к матери.

ШИЗОИДНЫЙ ТИП

Название «шизоид» обычно приписывается Kretschmer (1921), хотя впервые было употреблено в 1917 г. Эльмигером (цит. по Т. И. Юдину, 1926), но именно благодаря первому оно стало наиболее распространенным для обозначения этого типа характера. Иные наименования — «странные и чудаки» (Краерелин, 1915), «патологически замкнутые» (М. О. Гуревич, 1932), «аутистические психопаты» (Asperger, 1944) и др. — употребляются значительно реже.

Наиболее существенной чертой данного типа считается замкнутость (Kahn, 1928), отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Сочетание противоречивых черт в личности и поведении — холодности и утонченной чувствительности, упрямства и податливости, настороженности и легковерия, апатичной бездеятельности и напористой целеустремленности, необщительности и неожиданной назойливости, застенчивости и бестактности, чрезмерных привязанностей и немотивированных антипатий, рациональных рассуждений и нелогичных поступков, богатства внутреннего мира и бесцветности его внешних проявлений — все это заставило говорить об отсутствии «внутреннего единства». В последнее время привлекло внимание суждение Asperger (1944) о недостатке интуиции как главном дефекте. Под интуицией здесь следует подразумевать прежде всего пользование неосознанным прошлым опытом.

Шизоидные черты выявляются раньше, чем особенности характера всех других типов. С первых детских лет поражает ребенок, который любит играть один, не тянется к сверстникам, избегает шумных забав, предпочитает держаться среди взрослых, иногда подолгу молча

слушает
ю холд
этот тип
водствах
1959: М.
Asperger,
Kuipers, 19
ков, 1973).
Подрост
шизоидной
С насту
рактера вы
гороженнос
духовное од
ростка, кот
ными для
сясь со сн
неприятную
ростков. Но
замкнутости
возможност
пытки завяз
ная чувстви
тощаемость
нередко поб
Недостат
посредствен
нушкин, 193
вания, угад
ненном отно
расположен
навязывать
выслушать
с самим со
К деф
связанный
лить радо
1 Нам п
подростковог
браних у взр
патией (П. А
анамнеза как
дения у шизо

слушает их беседы. К этому иногда добавляется какая-то холодность и недетская сдержанность. Не случайно этот тип характера детально описан в трудах и руководствах по детской психиатрии (Г. Е. Сухарева, 1925, 1959; М. О. Гуревич, 1932; Н. И. Озерецкий, 1938; Asperger, 1944; Michaux, 1953, 1964; Van Krevelen, Kuipers, 1962; Д. Н. Исаев, В. Е. Каган, 1973; Г. К. Ушаков, 1973).

Подростковый период является самым тяжелым для шизоидной психопатии¹.

С наступлением полового созревания все черты характера выступают с особой яркостью. Замкнутость, отгороженность от сверстников бросаются в глаза. Иногда духовное одиночество даже не тяготит шизоидного подростка, который живет в своем мире, своими необычными для других интересами и увлечениями, относясь со снисходительным пренебрежением или явной неприязнью ко всему, что наполняет жизнь других подростков. Но чаще же шизоиды страдают сами от своей замкнутости, одиночества, неспособности к общению, невозможности найти себе друга по душе. Неудачные попытки завязать приятельские отношения, мимозоподобная чувствительность в моменты их поиска, быстрая истощаемость в контакте («не знаю о чем еще говорить») нередко побуждают к еще большему уходу в себя.

Недостаток интуиции проявляется отсутствием «непосредственного чутья действительности» (П. Б. Ганнушкин, 1933) неумением проникнуть в чужие переживания, угадать желания других, догадаться о неприязненном отношении к себе или, наоборот, о симпатии и расположении, уловить тот момент, когда не следует навязывать свое присутствие, и когда, наоборот, надо выслушать, посочувствовать, не оставлять собеседника с самим собой.

К дефициту интуиции следует добавить тесно с ним связанный недостаток сопереживания — неумение разделить радость и печаль другого, понять обиду, прочувст-

¹ Нам представляется ошибочным суждение о благополучии подросткового периода у шизоидов, построенное на анамнезах, собранных у взрослых и пожилых лиц, страдающих шизоидной психопатией (Н. А. Мазаева, 1974). Надо иметь в виду малую точность анамнеза как метода для ретроспективной оценки собственного поведения у шизоидов.

зовать чужое волнение и беспокойство. Иногда это обозначают как слабость эмоционального резонанса. Недостаток интуиции и сопереживания обуславливает, вероятно, то, что называют холодностью шизоидов. Их поступки могут быть жестокими, что скорее связано с неспособностью вчувствоваться в страдания других, чем желанием получить садистическое наслаждение. К гамме шизоидных особенностей можно добавить неумение убеждать своими словами других (Е. Н. Камнева, 1974).

Внутренний мир почти всегда закрыт от посторонних взоров. Лишь перед немногими избранными занавес может внезапно приподняться, но никогда не до конца, и столь же внезапно вновь упасть. Шизоид нередко раскрывается перед людьми малознакомыми, даже случайными, но чем-то импонирующими его прихотливому выбору. Но он может навсегда остаться скрытой, непонятной вещью в себе для близких или тех, кто знает его много лет. Богатство внутреннего мира свойственно далеко не всем шизоидным подросткам и, конечно, связано с определенным интеллектом или талантом. Поэтому далеко не каждый из них может послужить иллюстрацией слов Kretschmer (1921) о подобии шизоидов «лишенным украшений римским виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца, но в сумерках которых справляются роскошные пиры». Но во всех случаях внутренний мир шизоидов бывает заполнен увлечениями и фантазиями.

Фантазируют шизоидные подростки для самих себя, они не склонны ни распространяться о своих мечтаниях перед окружающими, ни перемешивать обыденную жизнь с красотами своих выдумок и грез. В этом коренное отличие шизоидных и истероидных фантазий. По мнению Michaux (1953), шизоидные фантазии либо служат утешению собственной гордости, либо носят эротический характер.

Недоступность внутреннего мира и сдержанность в проявлении чувств делают непонятными и неожиданными для окружения многие поступки шизоидов, ибо все, что им предшествовало — весь ход переживаний и мотивов остались скрытыми. Некоторые выходки носят характер чудачества, но в отличие от истероидов, они не служат цели привлечь к себе всеобщее внимание.

Реакция эмансипации нередко проявляется весьма своеобразно. Шизоидный подросток может долго терпеть мелочную опеку в быту, подчиняться установленному для него распорядку жизни и режиму, но реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без позволения в мир его интересов, увлечений и фантазий. Вместе с тем эмансипационные устремления легко могут оборачиваться социальной понконформностью — негодованием по поводу существующих правил и порядков, насмешками над распространенными вокруг идеалами, духовными ценностями, интересами, злопыхательством по поводу «отсутствия свободы». Подобного рода суждения могут долго и скрытно вынашиваться и неожиданно для окружающих реализоваться в публичных выступлениях или решительных действиях. Зачастую поражает прямолинейная критика других лиц без учета ее последствий для себя.

Реакция группирования внешне обычно выражена слабо. Как правило, шизоидные подростки стоят особняком от компаний сверстников. Их замкнутость затрудняет вступление в группу, а их неподатливость общему влиянию, общей атмосфере, их неконформность не позволяет ни слиться с группой, ни подчиниться ей. Попав же в подростковую группу, нередко случайно, они остаются в ней белыми воронами. Иногда они подвергаются насмешкам и даже жестоким преследованиям со стороны сверстников, иногда же, благодаря своей независимости, холодной сдержанности, неожиданному умению постоять за себя, они внушают уважение и заставляют соблюдать дистанцию. Успех в группе сверстников может оказаться в сфере сокровенных мечтаний шизоидного подростка. В своих фантазиях он творит подобные группы, где занимает положение вождя и любимца, где чувствует себя свободно и легко и получает те эмоциональные контакты, которых не достает ему в реальной жизни.

Реакция увлечения у шизоидных подростков выступает обычно ярче, чем все другие специфические поведенческие реакции этого возраста. Увлечения нередко отличаются необычностью, силой и устойчивостью. Чаще всего приходится встречать интеллектуально-эстетические хобби. Большинство шизоидных подростков любит книги, поглощает их запоем, чтению предпочитают все

другие развлечения. Выбор для чтения может быть строго избирательным — только определенная эпоха из истории, только определенный жанр литературы, определенное течение в философии и т. п. Вообще в интеллектуально-эстетических хобби поражает прихотливость выбора предмета. Нам приходилось встречать у современных подростков увлечение санскритом, китайскими иероглифами, древнееврейским языком, срисовыванием порталов соборов и церквей, генеалогией дома Романовых, органной музыкой, сопоставлением конституций разных государств и разных времен и т. д. и т. п. Все это никогда не делается напоказ, а только для себя. Увлечениями делятся, если встречают искренний интерес. Часто таят их, боясь непонимания и насмешек. При менее высоком уровне интеллекта и эстетических притязаний дело может ограничиться менее изысканными, но не менее странными предметами увлечений. Коллекции шизоидных подростков, иногда уникальные, иногда поражающие своей никчемностью, также более служат цели изощренных эстетических потребностей, чем просто накопительству. Один подросток собирал дуплеты из открыток с репродукциями картин известных художников и почтовых марок с изображением тех же картин.

На втором месте стоят хобби мануально-телесного типа. Неуклюжесть, неловкость, негармоничность моторики, нередко приписываемая шизоидам, встречается далеко не всегда, а упорное стремление к телесному совершенствованию может сгладить эти недостатки. Систематические занятия гимнастикой, плавание, велосипед, упражнения йогов сочетаются обычно с отсутствием интереса к коллективным спортивным играм. Место увлечений могут занимать одинокие многочасовые пешие или велосипедные прогулки. Некоторым шизоидам хорошо даются тонкие ручные навыки — игра на музыкальных инструментах, прикладное искусство — все это также может составить предмет увлечений.

Реакции, связанные с формирующимся сексуальным влечением, на первый взгляд могут как будто совсем не проявляться. Внешняя «асексуальность», презрение к вопросам половой жизни обычно сочетается с упорным онанизмом и богатыми эротическими фантазиями. Последние склонны к развитию, питаются случайными сведениями и эпизодами и легко включают перверзные

компоненты. Болезненно чувствительные в компании, неспособные на ухаживание и флирт и неумеющие добиться сексуальной близости в ситуации, где она возможна, шизоидные подростки могут неожиданно для других обнаружить сексуальную активность в самых грубых и противоестественных формах — часами сторожить, чтобы подсмотреть чьи-то обнаженные гениталии, эксгибиционировать перед малышами, онанировать под чужими окнами, откуда их видят, вступать в связь со случайными встречными, назначать свидания по телефону незнакомым «на один раз» и т. п. Свою сексуальную жизнь и сексуальные фантазии шизоидные подростки глубоко таят. Даже когда их действия обнаруживаются, они стараются не раскрывать мотивов и переживаний.

Алкоголизация среди шизоидных подростков встречается нечасто. Большинство из них не любит спиртные напитки. Опьянение не вызывает у них выраженной эйфории. Уговорам товарищей, питейной атмосфере компаний они легко противостоят. Однако некоторые из них находят, что небольшие дозы алкоголя, не вызывая эйфории, могут облегчать установление контактов, устраняют чувство робости и неестественности во время общения. Тогда легко образуется особого рода психическая зависимость — стремление регулярно использовать небольшие дозы алкогольных напитков, часто крепких, с целью «побороть застенчивость» и облегчить контакты. Употребление алкоголя в качестве подобного коммуникативного допинга может осуществляться как с приятелями, так и в одиночку. Например, 15-летний шизоидный подросток тайком ото всех хранил в своей постели бутылку коньяка и каждое утро прикладывался к ней, чтобы «свободно чувствовать себя в школе».

Не меньшую угрозу, чем алкоголь, для шизоидных подростков, видимо, представляют наркотики. Возможно, они лучше, чем алкоголь, могут выполнять роль коммуникативного допинга. Возможно, некоторые летучие вещества льют воду на мельницу шизоидных фантазий, делая их более чувственными, красочными, эмоциональными.

Суицидальное поведение не свойственно шизоидным психопатиям, а шизоидная акцентуация не располагает, видимо, к подобному способу решения трудностей. На

психические травмы, на конфликтные ситуации, на положения, где шизоидной личности предъявляются непосильные для нее требования, реакция проявляется еще большим уходом в себя, в свой внутренний мир глубоко затаенных фантазий. Или же эта реакция выявляется неожиданными, вычурными, порою жестокими поступками.

Делинквентность встречается нечасто, при этом в самом делинквентном поведении явственно выступают шизоидные черты. Еще обследуя подростков-беспризорников двадцатых годов, Н. И. Озерецкий (1932) отметил, что шизоиды предпочитают воровать в одиночку, избирают воровскую «профессию», требующую искусных навыков — например, кража денег из внутренних карманов или умение влезть в квартиру через форточку. Действительно, шизоидные подростки не склонны к групповой делинквентности, но могут совершать серьезные правонарушения, действуя «во имя группы», желая чтобы группа «признала своим». В одиночку совершаются и сексуальные преступления (эксгибиционизм, развратные действия над малолетними, сексуальная агрессия и т. п.). Иногда делинквентному поведению предшествует прием небольшой дозы алкоголя в качестве «допинга», но настоящего алкогольного опьянения не бывает.

Самооценка шизоидов отличается констатацией того, что связано с замкнутостью, одиночеством, трудностью контактов, непониманием со стороны окружающих. Отношение к другим проблемам оценивается гораздо хуже. Противоречивости своего поведения они обычно не замечают или не придают ей значения. Любят подчеркивать свою независимость и самостоятельность.

Соматические признаки, которые со времен Kretschmer (1921) считаются свойственными шизоидам — астеническое сложение, дряблая мускулатура, сутулая фигура, длинные ноги и высокий таз, слабо развитые гениталии, угловатость движений — у современных подростков можно видеть далеко не всегда. Акцелерация и связанные с ней эндокринные сдвиги могут искажать эти черты, обуславливая, например, избыточную полноту, раннее и сильное сексуальное развитие.

С первых шагов выделения шизоидной психопатии было обращено внимание на ее сходство с некоторыми

формами шизоидной психопатии, а все трактовать как деление, или как «та» годы вновь обра А. В. Снежневского шизофренией, особой формой, нередко м В итоге в последние почти пере женные случаи шизофрени кушая шизофрени центуации с хоро вновь на мысль о ференциальный ди патиями стал про следних, кроме шн Такое положение нос вялотекущей признаки процесса если эти призна анамнезом и по о неизвестно когда «шубе» остаются основой для диагн Подростковый для дифференциал зойдной психопати бенно отмечал р О. П. Юркова, М. Ш. Вроно, 19 Д. С. Озерецко Л. А. Ершова, 1974; О. Е. Фрейс Пубертатное заос принято за начав И, наоборот, деби пубертатными на

формами шизофрении (в частности, с вялотекущей формой и с картинами дефекта после перенесенного шизофренического приступа). Это дало основание многим психиатрам вообще усомниться в существовании шизоидной психопатии как конституциональной аномалии характера, а все, что описывалось под ее названием, трактовать как дефект после приступа шизофрении, прошедшего незамеченным или случившегося в раннем детстве, или как «латентную шизофрению». В последние годы вновь обращалось внимание, особенно школой А. В. Снежневского (1972), на то, что в семьях больных шизофренией, особенно ее непрерывно-прогредиентной формой, нередко можно встретить шизоидные личности.

В итоге в последние десятилетия шизоидная психопатия почти перестала диагностироваться и ее выраженные случаи стали обычно трактоваться как вялотекущая шизофрения, а соответствующие шизоидные акцентуации с хорошей социальной адаптацией наводили вновь на мысль о «латентной шизофрении». Даже дифференциальный диагноз между шизофренией и психопатиями стал проводиться в отношении всех типов последних, кроме шизоидного.

Такое положение нельзя считать правильным. Диагноз вялотекущей шизофрении правомерен, если есть признаки процесса, хотя и медленно развивающегося, если эти признаки выявлены тщательно собранным анамнезом и подтверждены наблюдением. Догадки о неизвестно когда перенесенном и никем не замеченном «шубе» остаются только догадками и не могут служить основой для диагноза.

Подростковый возраст создает особые трудности для дифференциальной диагностики шизофрении и шизоидной психопатии. В последнее десятилетие это особенно отмечал ряд авторов (Р. А. Наджаров, 1965; О. П. Юркова, 1967; М. Я. Цуцульковская, 1968; М. Ш. Вроно, 1971, 1972; М. Г. Местиашвили, 1973; Д. С. Озерецковский, 1973; Ю. Е. Рахальский и Л. А. Ершова, 1973; Г. Е. Сухарева, 1974; А. Е. Личко, 1974; О. Е. Фрейеров, Э. С. Наталевич, 1974, и мн. др.). Пубертатное заострение последней легко может быть принято за начавшийся процесс или за «новый шуб». И, наоборот, дебют шизофрении может маскироваться пубертатными нарушениями поведения. Мы считаем

важным подчеркнуть выделение шизоидной психопатии как особой формы (Г. Е. Сухарева, 1925; Т. И. Юдин, 1926; П. Б. Ганнушкин, 1933; Е. Н. Каменева, 1974).

Приводимый случай тяжелой шизоидной психопатии служит примером диагностических трудностей.

Игорь Ш., 15 лет. Наследственность и раннее детство без патологии. Обратил на себя внимание родителей в 4-летнем возрасте — сторонился детей, играл один, пока не появились младшие брат и сестра, тогда охотно стал играть с ними. В играх был довольно изобретателен. Любил фантазировать, выдумывал «свои города, государства и народы», втягивал в эти фантазии младшего брата. В школе к учебе не обнаружил интереса, неохотно выполнял задания, но дисциплины никогда не нарушал. С 13 лет стал убежать с уроков домой, когда там никого не было — читал, слушал музыку или мечтал в одиночестве. К укорам родителей оставался безучастным. Настойчиво отверг все попытки отца заставить его заниматься спортом. В то же время сам поступил в музыкальную школу и научился хорошо играть на баяне.

В 15 лет после особенно упорных усилий школы и родителей заставить регулярно посещать все уроки и принимать участие в общественных мероприятиях, вообще отказался ходить в школу. Был осмотрен психиатром — во время беседы замкнулся, почти не отвечал, произвел странное впечатление. После предложения поместить в психиатрическую больницу, упросил родителей увезти его к бабушке в Ленинград. Здесь сам выбрал себе место будущей учебы — ПТУ, готовящее наборщиков для типографий. Оказался самым слабым и хилым среди учеников — стал подвергаться с их стороны побоям и преследованиям. Обстановка в ПТУ стала его тяготить. По словам мастера, вел себя странно — уходил с уроков, убегал из мастерских, где-то прятался, при расспросах отмалчивался. Кто-то сообщил, что его раньше осматривал психиатр — дирекция ПТУ обратилась в диспансер. После этого совсем бросил ходить на занятия.

В больнице был тих, замкнут, держался особняком, отвечал тихим голосом, давал о себе только формальные сведения. В беседе с консультантом внезапно проявил к нему симпатию, неожиданно раскрылся. Рассказал, что его никто не понимает. Отец хотел из него сделать спортсмена, попрекал, что он не отличник в школе. Мать занята младшими. С ребятами ни с кем подружиться не мог. Сознался, что тайком пишет стихи. Прочел стихотворение о своей семье, где собираясь вместе, «каждый думал один, про свое». Смущаясь, раскрыл свои фантазии — в мечтах он живет в особом государстве, где каждый сам по себе, никому не мешает, все конфликты быстро решают сами, так как все люди быстро уступают друг другу. Подтвердил, что иногда его фантазии носят «любовный характер». Заявил, что профессия наборщика ему очень нравится, но в ПТУ невыносимая для него обстановка — ученики над ним издеваются, мешают работать, отнимают инструменты, исподтишка бьют. Признался, что хотел бы быть только среди взрослых. Скучает по матери, но возвращаться домой не хочет — «там делать нечего». Привязался к бабушке и двоюродной сестре.

Инфантилен. Выглядит на 2—3 года моложе своих лет. Неврологический осмотр и ЭЭГ выраженных отклонений не выявили.

Диагноз: шизоидная психопатия тяжелой степени.

Катамнез. После выписки был исключен из ПТУ. Устроился учеником в типографию.

Шизоидный тип — не слишком частый вариант характера. Лишь 5% из 300 госпитализированных подростков с психопатиями или акцентуациями были отнесены к этому типу, и еще у 5% констатировано сочетание шизоидности с чертами других типов — сенситивного, психастенического, истероидного или эпилептоидного. Следует отметить, что все случаи «чистых» шизоидов были расценены как психопатии, в том числе большая часть как тяжелые и выраженные. В умеренных случаях социальная дизадаптация бывала парциальной — срыв наступал либо дома при благополучии по месту учебы или работы, либо в школе или на работе при удовлетворительной адаптации в семье.

Шизоидные акцентуации обычно не ведут за собой ни социальной дизадаптации, ни тяжелых нарушений поведения, ни острых аффективных реакций и поэтому, вероятно, не попадают под наблюдение психиатра. Встречается же шизоидный тип акцентуации не так уж редко. По данным Н. Я. Иванова, этот тип характера определен у 2% здоровых подростков 14—18 лет. Среди беспризорников двадцатых годов шизоидность констатирована Н. И. Озерским (1932) у 14% мальчиков и 6% девочек, при этом шизотимия встречалась в 6 раз чаще, чем шизоидная психопатия.

Скрытая шизоидная акцентуация может обнаружиться, если к личности внезапно предъявляются непосильные для нее требования — например, быстро установить широкий круг неформальных и достаточно эмоциональных контактов. Шизоиды также срываются, когда к ним настойчиво и бесцеремонно «лезут в душу».

Андрей А., 18 лет. В детстве, в школьные годы, во время учебы в педагогическом училище не обнаруживал каких-либо заметных особенностей характера. Был в меру общителен, имел приятелей, не чуждался компаний, участвовал в общественной работе. По окончании училища был направлен на работу не учителем, как ожидал, а старшим пионервожатым в загородную школу-интернат. Обнаружил, что эта работа, требовавшая большой общительности, энергии, умения лидерствовать, не по нему. Тяготился ею, не мог найти контакта ни с учениками, ни с учителями. Один из старших педагогов, вызывавший у него неприязнь, стремился опекать его, претендовал на роль духовного наставника. Стал сторониться его, а потом и других учителей, замкнулся, ушел в себя, стал нелюдимым, избегал

встреч с прежними приятелями. После работы часами бродил в одиночку по округе, мечтая об интересной жизни, продолжении учебы. Хотелось бы попасть на необитаемый остров и жить одному или служить лесником в уединенном месте — в то же время понимал никчемность этих желаний. Свои переживания лишь однажды открыл случайному попутчику, который, непонятно чем, ему понравился. Вскоре ему предложили заменить заболевшего учителя. За несколько дней преобразился, установил контакт и с учениками, и с учителями, стал охотно принимать участие в общественных мероприятиях, возобновил дружбу с прежними товарищами.

Катамнез через 3 года. Продолжает учительскую работу. Поступил на заочное отделение педагогического института.

Еще Kretschmer (1921), описывая шизоидный тип, выделил экспансивный и сенситивный варианты. Последний, как было указано, правильнее рассматривать как тип особый, принадлежащий к группе астенических психопатий (П. Б. Ганнушкин, 1933), так как замкнутость здесь вторичная, компенсаторная. Тем не менее среди шизоидов встречаются и более стеничные, и совсем астенические личности. Разнообразие шизоидных проявлений может быть столь велико, что число описываемых вариантов могло бы стать двузначным. Поэтому нам представляется целесообразным констатировать сочетание шизоидности с чертами других типов. Главная основа характера, его ядро всегда остается шизоидным. На него могут наслаиваться сенситивные, психастенические, паранойяльные, epileптоидные, истероидные или неустойчивые черты.

ЭПИЛЕПТОИДНЫЙ ТИП

Еще в 1910 г. Ремер (цит. по М. С. Певзнер, 1941) выделил группу психопатов, отличавшихся возбудимостью, гневливостью, склонностью к запоям и сексуальной распушенностью. Однако описание этого типа характера обычно связывается с именем Minkowska (цит. по П. Б. Ганнушкину, 1933). Название «эpileптоидный» было дано на основании сходства с изменениями личности, которые наступают у некоторых больных epileпсией. Иные обозначения оказались менее удачными. Термин «эксплозивный» (Schneider, 1923) отражает только одну из черт характера — взрывчатость. Широко распространившийся в последние годы термин Kraepelin (1915) «возбудимые психопаты» (Stutte, 1960; О. В. Кербиков, 1961; Н. И. Фелинская, 1965) объединяет не-

сколько психопатических типов. «Импульсивная психопатия» понимается то как синоним эпилептоидный, то как особый тип (Е. К. Краснушкин, 1940; Stutte, 1960), то как сборная синдромологическая группа (Schneider, 1923).

Сходство эпилептоидной психопатии с изменениями личности у больных эпилепсией, видимо, не случайно. При эпилептоидном типе психопатии нередко можно отметить пренатальные, натальные и ранние постнатальные вредности, оставившие след в виде неврологической «микросимптоматики». Возможно, многие особенности эпилептоидного характера являются компенсаторными при медленно развивающемся или неглубоком поражении мозга. Однако подобная форма компенсации таких поражений встречается далеко не всегда и возможно сама по себе является эндогенно обусловленной. У больных эпилепсией в раннем детстве (до 3—4 лет) изменений характера не бывает, все ограничивается двигательным беспокойством, утомляемостью и т. п. Лишь с 5—6 лет могут появляться первые эпилептоидные черты (Г. Б. Абрамович, 1965).

Органические психопатии (см. гл. VI), в частности их эпилептоидоподобный вариант, с картиной ядерной эпилептоидной психопатии имеют как сходства, так и отличия. Поэтому правомерным представляется их разделение (М. С. Певзнер, 1941; Г. Е. Сухарева, 1959; А. С. Емельянов, 1971).

Главными чертами эпилептоидного типа являются склонность к дисфориям и тесно связанная с ними аффективная взрывчатость, напряженное состояние инстинктивной сферы, иногда достигающее аномалии влечений, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, откладывающие отпечаток на всей психике — от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей. Дисфории, длящиеся часами и днями, отличает злобно-тоскливая окраска настроения, накапливающее раздражение, поиск объекта, на котором можно сорвать зло. Аффективные разряды эпилептоида лишь при первом впечатлении кажутся внезапными. Их можно сравнить с разрывом парового котла, который прежде долго и постепенно закипает. Повод для взрыва может быть случайным, сыграть роль последней капли. Аффекты не только очень сильные, но и продолжительны —

эпилептоид долго не может остыть. Этим эпилептоидная эксплозивность отличается от легко возникающих и быстро истощающихся аффектов при органической психопатии (М. С. Певзнер, 1941; Г. Е. Сухарева, 1959; М. И. Лапидес, 1973), от капризной изменчивости аффектов лабильного типа и от аффективности гипертимов, которые сразу вспыхивают, но столь же легко остывают, когда препятствие устранено или обойдено, или просто внимание отвлечено чем-нибудь другим.

Картина эпилептоидной психопатии в части случаев выявляется еще в детстве. По данным Л. И. Спивака (1962), именно в этих случаях с годами психопатия достигает тяжелой степени. С первых лет такие дети могут подолгу, многими часами плакать и их невозможно бывает ни утешить, ни отвлечь, ни приструнить. В детстве дисфорнии проявляются капризами, стремлением нарочито изводить окружающих, хмурой озлобленностью. Рано могут обнаружиться садистические склонности — такие дети любят мучить животных, исподтишка избивать и дразнить младших и слабых, издеваться над беспомощными и неспособными дать отпор. В детской компании они претендуют не просто на лидерство, а на роль властелина, устанавливающего свои правила игры и взаимоотношений, диктующего всем и все, но всегда в свою пользу. Можно видеть также педетскую бережливость одежды, игрушек, всего «своего». Любые попытки покуситься на их ребячью собственность вызывают крайне злобную реакцию.

В первые школьные годы выступает мелочная скрупулезность в ведении тетрадей, всего ученического хозяйства, но эта повышенная аккуратность превращается в самоцель и может полностью заслонить суть дела, саму учебу.

В подавляющем большинстве случаев картина эпилептоидной психопатии развертывается лишь в период полового созревания — от 12 до 19 лет (Л. И. Спивак, 1962). По нашим наблюдениям, в этот период дисфорнии обычно выступают на первый план. Подростки сами начинают отмечать их спонтанность («на меня находит»), а проявляться они могут не только злобно-раздражительной тоской, но и апатией, бездельем, бесцельным сидением с угрюмо-хмурым видом. Такие состояния постепенно развиваются и постепенно ослабевают.

Аффективные
форнии — подрост
ищут повода для
плодом тех конф
лептоидных под
уступчивости, же
может быть ма
хотя бы с нез
В аффекте выст
брань, жестокие
помощности прот
восходящую силу
способен наотма
столкнуться с лест
броситься с кулак
чика. В драке об
ника по генитали
фекта также ярк
кровью, выступает
Истинктивная
зывается особенн
пробуждается с
идам повышенна
разы» до поры до
заставляет отда
янным партнерам
почти всегда бы
ности. Измен ка
никогда не прощ
тяжкое предатель
Эпилептоидны
эксцессам, а их п
ческими, а иногда
В ситуациях, где
ществима (напри
лым составом), п
на путь перверзи
чно выступают в
взаимным онаниз
растии или др
Обогатившись пе
в дальнейшем спо
ния с гомосексуа

Аффективные разряды могут быть следствием дисфории — подростки в этих состояниях нередко сами ищут повода для скандала. Но аффекты могут быть и плодом тех конфликтов, которые легко возникают у эпилептоидных подростков вследствие их властности, неуступчивости, жестокости и себялюбия. Повод для гнева может быть мал и ничтожен, но он всегда сопряжен, хотя бы с незначительным, ущемлением интересов. В аффекте выступает безудержная ярость — циничная брань, жестокие побои, безразличие к слабости и беспомощности противника и неспособность учесть его превосходящую силу. Эпилептоидный подросток в ярости способен наотмашь по лицу ударить престарелую бабушку, столкнуть с лестницы показавшего ему язык малыша, броситься с кулаками на заведомо более сильного обидчика. В драке обнаруживается стремление бить противника по гениталиям. Вегетативный аккомпанемент аффекта также ярко выражен — в гневе лицо наливается кровью, выступает пот и т. д.

Инстинктивная жизнь в подростковом возрасте оказывается особенно напряженной. Сексуальное влечение пробуждается с силой. Однако свойственная эпилептоидам повышенная забота о своем здоровье, «страх за разы» до поры до времени сдерживает случайные связи, заставляет отдать предпочтение более или менее постоянным партнерам. Любовь у представителей этого типа почти всегда бывает окрашена мрачными тонами ревности. Измен как действительных, так и мнимых они никогда не прощают. Невинный флирт трактуется как тяжкое предательство.

Эпилептоидные подростки склонны к сексуальным эксцессам, а их половое влечение сопряжено с садистическими, а иногда и с мазохистическими стремлениями. В ситуациях, где нормальная половая активность неосуществима (например, в закрытом учреждении с однополым составом), подростки этого типа нередко вступают на путь перверзий. В гомосексуальных связях они обычно выступают в активных ролях и не довольствуются взаимным онанизмом, а побуждают партнера к педерастии или другим формам грубых извращений. Обогатившись перверзным опытом, некоторые из них в дальнейшем способны совмещать нормальные сношения с гомосексуальными. У некоторых эпилептоидных

подростков на первый план выступают мазохистические желания — они причиняют себе боль нарочитыми ожогами, уколами, укусами. Ни половым возбуждением, ни тем более оргазмом болевые ощущения могут не сопровождаться, они доставляют особое наслаждение, которое трудно описать, но удержаться от которого такие подростки часто не в силах.

Напряженность и вместе с тем необычность влечений нередко проявляется в особой манере алкоголизации. После первых опьянений может возникнуть потребность пить «до отключения». В отличие от большинства современных подростков представители эпилептоидного типа предпочитают пить не вино, а водку и другие крепкие напитки. Обычная алкогольная эйфория редко бывает их уделом. Часто наблюдаются амнестические формы опьянения, во время них совершаются поступки, о которых не сохраняется воспоминаний. Иногда такие поступки осуществляются как бы автоматически, каким-то непонятным для самого подростка образом и потом удивляют их и смущают не менее, чем окружающих.

Один из подростков в подобном опьянении неясно зачем, влез на высотный кран, другой поднялся на чердак, разделся там донага и стал примерять развешенное для просушки женское белье. Алкоголь способен также выступать как провокатор дисфорических состояний с яростными аффективными разрядами — алкогольное возбуждение приобретает дикий характер со стремлением всех бить и все крушить.

Эпилептоидные подростки, видимо, гораздо менее склонны к употреблению неалкогольных наркотиков. Может быть, отчасти удерживает страх стать наркоманом, забота о своем здоровье, может быть наркотики и их суррогаты дают не тот сорт ощущений, которого они жаждут. В одном случае вдыхания паров пятновыводителя эпилептоидным подростком было много сходного с описанной манерой алкоголизации. В отличие от своих приятелей, ограничивавшихся достижением эйфории, этот подросток вдыхал пары пятновыводителя на протяжении многих часов, по несколько раз в день, стараясь довести себя до «отключения» от действительности, а на обращение к нему и на отвлекающий шум реагировал злобной агрессией.

Такие формы
и широмания
из дома, как у
ситуативно обу
цией эмансипац
и сопряжена с
шается без вне
лептоидный под
часто по знаком
шруту (см. Але
нического побега
бледны, аппети
тельная выносли
может оборвать
пряженными с
ские акты. Обы
импульсивными
стающего желан
кания» («импуль
сильевой, 1971).
Серьезные т
склонность к с
психопатов возбу
ные попытки, воз
(В. Е. Пелипас
истинные суицид
ходилось столкн
ицидным поведе
«суицидального
ступков истерои
особе, здесь суи
спровоцированы
трактовались, ка
шены чувством
доставить ему
в школе-интерна
эпилептоидного
классом в театр.
гих учителей пы
ее кабинетов. Др
фекионной боль
нагим уложен в
изображал пове

Такие формы расстройств влечений как дромомания и пиромания встречаются относительно редко. Побег из дома, как указывалось, у подростков чаще бывают ситуативно обусловленными или побуждаемыми реакцией эмансипации. Истинная дромомания крайне редка и сопряжена с дисфорией. В этих случаях побег совершается без внешних поводов, в одиночку, при этом epileptoидный подросток устремляется в дальние края, но часто по знакомому и стереотипно повторяющемуся маршруту (см. Алексей И.—стр. 52). Во время дромоманического побега epileptoидные подростки напряжены, бледны, аппетит утрачен, но обнаруживается удивительная выносливость. Алкоголизация «до отключения» может оборвать дромоманический дранг. Столь же сопряженными с дисфориями оказываются пироманические акты. Обычно они не являются в строгом смысле импульсивными, так как реализуются в процессе нарастающего желания, а не как «реакция короткого замыкания» («импульсивноподобные поджоги», по Л. П. Васильевой, 1971).

Серьезные трудности для анализа представляет склонность к суицидальному поведению. У взрослых психопатов возбудимого типа описаны истинные суицидные попытки, возникающие во время тяжелых дисфорий (В. Е. Пелипас, 1971). У epileptoидных подростков истинные суицидные действия крайне редки. Нам приходилось сталкиваться только с демонстративным суицидным поведением, нередко носящим характер явного «суицидального шантажа». В отличие от сходных поступков истероидов, добивающихся внимания к своей особе, здесь суицидальные демонстрации всегда были спровоцированы наказаниями, которые подростками трактовались, как несправедливые, и всегда были окрашены чувством мести в отношении обидчика и призваны доставить ему серьезные неприятности. Например, в школе-интернате завуч за драку лишила 14-летнего epileptoидного подростка возможности пойти со всем классом в театр. Тогда этот подросток на глазах других учителей пытался изобразить повешение у дверей ее кабинета. Другой подросток, будучи в детской инфекционной больнице, за шалости был наказан тем, что нагим уложен в постель. Тогда он заперся в туалете, изображал повешение, издавал хрипящие звуки, до-

бился того, что в больнице была поднята тревога и дверь туалета взломана.

Реакция эмансипации у epileптоидных подростков нередко протекает очень тяжело. Дело может доходить до полного разрыва с родными, в отношении которых выступает крайняя озлобленность и мстительность. Epileптоидные подростки не только требуют свободы, самостоятельности, избавления от власти, но и «прав», своей доли имущества, жилища, материальных благ. При конфликтах с матерью и отцом они могут держаться за бабушек и дедушек, которые их балуют, о них заботятся, им потакают. В отличие от представителей других типов epileптоидные подростки не склонны генерализовывать реакцию эмансипации с родителей на все старшее поколение, на существующие обычаи и порядки. Наоборот, перед начальством они бывают готовы на угодничество, если ждут поддержки или каких-либо выгод для себя.

Реакция группирования со сверстниками тесно сопряжена со стремлением к властвованию, поэтому охотно выискивается компания из младших, слабых, безвольных, неспособных дать отпор. В группе такие подростки хотят установить свои порядки, выгодные для них самих. Симпатиями они не пользуются и их власть держится на страхе перед ними. Они чувствуют себя нередко на высоте в условиях жесткого дисциплинарного режима, где умеют угодить начальству, добиться определенных преимуществ, завладеть формальными постами, дающими в их руки определенную власть, установить диктат над другими и использовать свое положение к собственной выгоде. Их боятся, но постепенно против них зреет бунт, в какой-то момент их «подводят» и они оказываются низринутыми со своего начальственного пьедестала.

Реакция увлечения обычно бывает выражена достаточно ярко. Почти все epileптоиды отдают дань азартным играм. В них пробуждается почти инстинктивная тяга к обогащению. Коллекционирование их привлекает также прежде всего материальной ценностью собранного. В спорте заманчивым кажется то, что позволяет развить физическую силу. Подвижные коллективные игры даются им плохо. Совершенствование ручных навыков, особенно если это сулит определенные материальные блага (прикладное искусство, ювелирная работа и т. п.), также мо-

жет сказаться в
мизантропии. Б
ются или насиль
особое чувство
Интересно, что
епилептоидной личности
друг с другом. Б
при анализе наруш
из полутора тысяч
1967). Этими признаками о
ненавистью», «гнев
блем», склонность к разр
жого и лживость. Среди
ными признаками досто
отчима или мачехи или
а в воспитании сочетание «
Внешность epileптоид
сана Г. Е. Сухаревой (193
тура, массивный торс при к
чуть вдавленная в плеч
челюсть, крупные генитали
вает свойственно многим, н
лям этого типа. Медлито
торики встречаются гораз
Самооценка epileптоид
ный характер. Как прави
к иррациональному расположению
бенности — крепкий сон и
бовь сытно и вкусно поесть
суального влечения, отсут
свою склонность к ревности
рожность к порядку, не
аккуратности и порядку, не
предпочтение жить реально
ценности во взаимоотноше
ставляют себя значительно
есть на самом деле.
Epileптоидный тип хара
на трудных для социальной
шность наших наблюдений
как психопатии (27 случаев
выраженные) и лишь

жет оказаться в сфере увлечений. Многие из них любят музыку и пение. В отличие от истероидов охотно занимаются ими наедине, получая от своих упражнений какое-то особое чувственное удовольствие.

Интересно, что совокупность основных признаков эпилептоидной психопатии, как постоянно соседствующие друг с другом, была выделена с помощью компьютера при анализе нарушений поведения разнородной группы из полутора тысяч американских подростков (Jenkins, 1967). Этими признаками оказались «неповиновение с ненавистью», «гневливость», «драчливость с властолюбием», склонность к разрушительным действиям, поджоги и лживость. Среди семейных факторов с указанными признаками достоверно коррелировали наличие отчима или мачехи или отвергающая ребенка мать, а в воспитании сочетание «порки» и «подкупа».

Внешность эпилептоидных подростков хорошо описана Г. Е. Сухаревой (1959)—приземистая сильная фигура, массивный торс при коротких конечностях, круглая, чуть вдавленная в плечи голова, большая нижняя челюсть, крупные гениталии у мальчиков—все это бывает свойственно многим, но конечно, не всем представителям этого типа. Медлительность, тяжеловесность моторики встречаются гораздо чаще.

Самооценка эпилептоидных подростков носит односторонний характер. Как правило, они отмечают склонность к мрачному расположению духа, свои соматические особенности—крепкий сон и трудность пробуждений, любовь сытно и вкусно поесть, силу и напряженность сексуального влечения, отсутствие застенчивости и даже свою склонность к ревности. Они подмечают свою осторожность к незнакомому, приверженность к правилам, аккуратности и порядку, нелюбовь пустых мечтаний и предпочтение жить реальной жизнью. В остальном, в особенности во взаимоотношениях с окружающими, они представляют себя значительно более конформными, чем это есть на самом деле.

Эпилептоидный тип характера, видимо, один из весьма трудных для социальной адаптации. Не случайно большинство наших наблюдений этого типа были расценены как психопатии (27 случаев, в том числе 22—тяжелые и выраженные) и лишь 11—как акцентуации. Различие

эпилептоидной психопатии и акцентуации иллюстрируем следующими примерами.

Сергей К., 16 лет. Отец был вспыльчивым и ревнивым, оставил семью, когда сыну было 2 года. Мать страдает тяжелой истерией с припадками и сумеречными расстройствами сознания. Во время беременности был токсикоз, тяжелая артериальная гипертония, вследствие чего на восьмом месяце роды были вызваны искусственно. Родился в асфиксии. В детстве много болел, страдал рахитом. С ранних лет криклив, драчлив и упрям. В гневе ломал игрушки. Ни припадков, ни обмороков никогда не было. С 7 до 11 лет воспитывался в школе-интернате, считался трудным, гневливым, вспыльчивым, агрессивным. С 12 лет живет с матерью. В школе, с одной стороны, отмечают его аккуратность, крайнюю бережливость в отношении своих вещей, с другой стороны, — угрюмость, злобность, склонность к яростным вспышкам. Будучи самым сильным среди школьников, терроризирует и жестоко преследует товарищей. Особенно ожесточился после оставления в 8-м классе на второй год. По малейшему поводу и без повода избивает ребят, бьет их по гениталиям, выкручивает руки. Любит ловить малышей и издеваться над ними. Одного из них, назвавшего его «длинным», затащил на гардероб, за воротник пальто повесил на крюк и с наслаждением любовался как тот бьется, кричит и синеет. С учителями сначала был подобострастен, но по мере того как отношение к нему менялось, озлобился, грозил им расправой. Вина не пьет. Внимателен к своему здоровью.

Направлен в психиатрическую клинику после того, как во дворе своего дома затащил в подвал 11-летнего мальчика, бил его ремнем, прижигал лицо горячей папиросой, всячески истязал. Заявил, что хотел его проучить, так как тот обратился к нему с «неприличным вопросом».

В подростковом отделении больницы держится особняком, напряжен и озлоблен. Исподтишка старается дразнить слабых и беспомощных. Мелочно аккуратен в отношении своей одежды, постели, приема пищи. Заявляет, что его в школе и в доме, где он живет, «оклеветали», не разобрались в чем дело, приняли за садиста. В школе от него якобы просто хотят избавиться, потому что он выше и сильнее всех. Жестокое обращение с товарищами отрицает. Друзей не имеет, потому что не встретил достаточно «преданного». О матери раздраженно говорит, что она его не защищает и хочет «засунуть куда-нибудь».

Неврологической симптоматики и отклонений на ЭЭГ не обнаружено.

Диагноз. Эпилептоидная психопатия тяжелой степени.

Катамнез через 2 года. После выписки комиссией по делам несовершеннолетних направлен в школу рабочей молодежи, окончил 8 классов. На работе стал прогуливать, вскоре вообще бросил работу. Поощряемый матерью, нигде не работает — «отдыхает».

В случае явных акцентуаций при внешне удовлетворительной социальной адаптации жизненный путь может быть переполнен конфликтами и поведенческими нарушениями. М. С. Певзнер (1941) обратила внимание на осо-

был вариант
щихся, по ее
способностью, ак
ляются психон
качества харак
по нашему наб
односторонней
В таких случаях
«двойную жизн
ной ситуации,
злобность, агрес
стокость — в дру

Владимир К., 1
педиях, воспит
рактором, упрямств
зрительностью к ли
к истерическим реак
послушен и пользуется
До последнего год
любимцем учителей
способностей, подкупал
ливость. Так же с
с умилением свидет
вается и готов под
ришей всегда умел
классники его не л
за него голосовать,
После 8-го клас
скую школу. Отец
способностей и в ш
учебники — тот соб
деньги на их покупк
поддержан учителя
ческую школу, рас
мать в комсомол. у
поздней ночи сидел
не нарушал режим
однажды в гневе ра
топтал ногами учеб
истерическими припа
В математической
своими родителями
манным деньгам, то
своей машине. Стал
таю одежду, мотиви
сцена, отказался пом
математической шко
интернат. Пожаловал
работы — отец полу

бый вариант эпилептоидности у подростков, отличающихся, по ее мнению, «гиперсоциальностью» — работоспособностью, аккуратностью, педантизмом, которые «не являются психопатами». В. В. Ковалев (1973) именно эти качества характера считает компенсаторными. Однако, по нашему наблюдению, «гиперсоциальность» остается односторонней и может принять карикатурные формы. В таких случаях подростки оказываются способными на «двойную жизнь»: будучи подчеркнута правильными в одной ситуации, они обнаруживают крайнее себялюбие, злобность, агрессивность, моральную и физическую жестокость — в другой.

Владимир К., 15 лет. Родители — геологи, подолгу бывают в экспедициях, воспитывался няньками. Отец отличается тяжелым характером, упрямством, вязкостью, деспотизмом, негибкостью, подозрительностью к людям, скупостью, расчетливостью. Мать склонна к истерическим реакциям, к сыну холодна. Младший 7-летний брат послушен и пользуется любовью родителей. Рос здоровым ребенком. До последнего года хорошо учился, в восьмилетней школе был любимцем учителей. По словам директора этой школы, кроме способностей, подкупала его неизменная опрятность, подтянутость, вежливость. Так же сочувственно относятся к нему соседи по дому, с умилением свидетельствующие как он всегда «приветливо здоровается и готов поднести до дверей тяжелую сумку». В среде товарищей всегда умел постоять за себя, но ни с кем не дружил. Одноклассники его не любили, во время приема в комсомол отказались за него голосовать, укоряя в себялюбии, высокомерии, заносчивости.

После 8-го класса решил обязательно поступить в математическую школу. Отец был недоволен этим, считая, что у него мало способностей и в школу эту далеко ездить. Не дал сыну денег на учебники — тот собирал пустые бутылки и банки, чтобы набрать деньги на их покупку. Пожаловался на отца в прежнюю школу, был поддержан учителями. Отец сдался, но, поехав с ним в математическую школу, рассказал там, как товарищи не хотели его принимать в комсомол. Учиться в этой школе ему было трудно — до поздней ночи сидел над заданиями. Отец же настаивал, чтобы он не нарушал режима семьи, вовремя ложился спать и гасил свет, однажды в гневе разорвал его тетрадь с выполненными заданиями, топтал ногами учебники. Мать на ссоры отца с сыном реагировала истерическими припадками и требовала, чтобы ее оставили в покое. В математической школе потянулся в компанию избалованных своими родителями верхоглядов. Завидовал их модной одежде, карманным деньгам, тому, что один из них приезжает в школу на своей машине. Стал требовать от родителей, чтобы ему купили модную одежду, мотивируя, что летом, работая в экспедиции, заработал крупную сумму денег, которую отдал им. Устраивал родителям сцены, отказался помогать в домашних делах. Отец забрал его из математической школы, намереваясь устроить в обычную школу-интернат. Пожаловался на отца в парторганизацию по месту его работы — отец получил выговор. После истерической реплики матери

«уходи от нас», ушел из дома, около месяца жил у тетки, иногда ночевал на вокзалах. Пожаловался на отца в райком партии — был водворен домой. Категорически отказался ходить в обычную школу, пригрозил отцу отравиться димедролом. После этой угрозы сразу же родными был помещен в подростковую психиатрическую клинику.

В подростковом отделении поведение безукоризненное, дисциплинирован, вежлив, сдержан, помогает персоналу. В беседе обнаруживает такт и умение незаметно представить отца в самом неприглядном свете как стяжателя, презирающего всех людей. Мечтает о продолжении учебы в математической школе, но жить хочет обязательно дома, чтобы «родители обеспечили необходимые условия». Свои претензии в отношении модной одежды старается оправдать тем, что не хотелось выделяться среди сверстников, а деньги он зарабатывал сам. Суицидную угрозу объяснил в отчаянии сорвавшейся с языка фразой, которой воспользовался отец.

Выраженная акцелерация физического развития. Выглядит на 2—3 года старше своих лет. Неврологической симптоматики и отклонений на ЭЭГ не обнаружено.

Диагноз. Психически здоров. Нарушения поведения на фоне акцентуации по эпилептоидному типу.

Катамнез через 2 года. Успешно окончил школу. Проявил большое упорство и настойчивость при поступлении в мореходное училище.

Скрытая акцентуация по эпилептоидному типу обнаруживается либо в ситуации, способствующей выявлению черт этого типа (конфликты по поводу ущемления интересов, возможность проявления деспотической власти в отношении других), либо под влиянием алкогольного опьянения, которое, как указывалось, у эпилептоидных подростков протекает тяжело.

Александр Г., 17 лет. Вырос в крестьянской семье здоровым и послушным. Любит аккуратность и порядок. Дисциплины никогда не нарушал. В школе учился удовлетворительно. Ни вспыльчивостью, ни повышенной возбудимостью не отличался. Никаких признаков возможной латентной эпилепсии при детальном обследовании обнаружено не было. После окончания 8 классов приехал в Ленинград, поступил в ПТУ, старательно учится, староста группы, исполнительен и дисциплинирован. Вина пить до сих пор избегал — «веселья нет, а сразу тошнит».

Накануне госпитализации в компании с товарищами впервые выпил большой стакан вина. Хорошо помнит, что вскоре после этого сам не понимая зачем, взял со стола большой кухонный нож, вышел из комнаты на лестницу. Какой-то момент выпал из памяти — потом увидел себя залитым кровью. Не помнит, как нанес себе глубокую рану на предплечье. Никаких ссор или обид не было, товарищи, как и он сам, были удивлены его поступком. В клинике со смущением рассказывает о случившемся, сам не может понять, как это произошло. Неврологической симптоматики и отклонений на ЭЭГ не обнаружено. Специальными пробами выявлено скрытое левшество. Выяснилось, что в детстве был левшой, но есть и писать

приучили прав
нанес на праву
Диагноз
ции по эпилеп
Катамнез
фективных ре

Одной из
относительн
виде, без со
наших набл
ненных как
вана комби
В этом соче
нент являетс
является эпи

В итоге э
самых трудн
патии относи
центуациях с
при скрытой
кие эксцессы.

ИСТЕРОИДНЫЙ

Данный ти
ствах и вклю
психопатий. Е
тризм, ненасы
особе, восхищ
худой конец т
висть, направ
личие и равно
замеченным (i
ider, 1923). Во
этой чертой. Е
на первый пл
ничего не оста
внушение не л
рашение фанта
в действительн
искренних чувс
ральности, скло
Истероидны

приучили правой рукой. В опьянении действовал левой рукой — рана нанес на правую.

Диагноз. Патологическое опьянение на фоне скрытой акцентуации по эпилептоидному типу.

Анамнез. Здоров. Продолжает учебу в ПТУ. Повторных аффективных реакций во время опьянений не было.

Одной из особенностей эпилептоидного типа является относительная частота, с какой он встречается в «чистом» виде, без сочетания с чертами других типов (в 26 из 38 наших наблюдений, т. е. в 77%). Из 12 случаев, расцененных как смешанные типы, в пяти была констатирована комбинация эпилептоидности и истероидности. В этом сочетании трудно бывает решить, какой компонент является ведущим, но, по-видимому, главным все же является эпилептоидное ядро.

В итоге эпилептоидный тип можно признать одним из самых трудных. Тяжелые и выраженные степени психопатии относительно часты, внешняя адаптация при акцентуациях сопряжена с тяжелыми конфликтами и даже при скрытой акцентуации возможны неожиданные тяжкие эксцессы.

ИСТЕРОИДНЫЙ ТИП

Данный тип описан во многих монографиях и руководствах и включен в самые разнообразные систематики психопатий. Его главная черта — беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. На худой конец предпочитается даже негодование или ненависть, направленные в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие — только не перспектива остаться незамеченным («жаждущие повышенной оценки», по Shneider, 1923). Все остальные качества истероида питаются этой чертой. Внушаемость, которую нередко выдвигают на первый план, отличается избирательностью: от нее ничего не остается, если обстановка внушения или само внушение не льют воду на мельницу эгоцентризма. Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашение своей персоны. Кажущаяся эмоциональность в действительности оборачивается отсутствием глубоких искренних чувств при большой экспрессии эмоций, театральности, склонности к рисовке и позерству.

Истероидные черты нередко намечаются с ранних лет

(Л. С. Юсевич, 1934; М. С. Певзнер, 1941; Michaux, 1952; Г. Е. Сухарева, 1959). Такие дети не выносят, когда при них хвалят других ребят, когда другим уделяют внимание. Игрушки им быстро надоедают. Желание привлекать к себе взоры, слушать восторги и похвалы становится настоящей потребностью. Они охотно перед зрителями читают стихи, танцуют, поют и многие из них действительно обнаруживают неплохие артистические способности. Успехи в учебе в первых классах во многом определяются тем, ставят ли их в пример другим.

С наступлением пубертатного периода обычно наблюдается заострение истероидных черт. Sulestrowska (1973) указывает на особую значимость предпубертатного периода и начала пубертата.

Как известно, в последние десятилетия картина истерии у взрослых существенно изменилась. Почти исчезли истерические припадки, параличи и т. п. На смену им пришли менее грубые неврастеноподобные симптомы. Это положение относится также и к подростковому возрасту. Однако в этом периоде истерические черты характера проявляются прежде всего в особенностях поведения, в специфически подростковых поведенческих реакциях. К тому же акселерация физического развития существенно изменила прежнее представление об инфантильной грацильности, хрупкости, детскости истероидных подростков. Лишь при одном из описываемых нами вариантов («лабильные истероиды») нередко приходится встречать грацильную внешность. В прочих случаях от нее может не остаться и следа.

Среди поведенческих проявлений истероидности у подростков на первое место следует поставить суицидальность. Речь идет о несерьезных попытках, демонстрациях, «псевдосуицидах», «суицидальном шантаже». Среди 54 истероидных подростков, госпитализированных в нашу клинику, у 43 (80%) причиной направления послужили демонстративные псевдосуицидные действия. Первые псевдосуицидальные демонстрации, по нашим наблюдениям, у акцелерированных подростков чаще падают на возраст 15—16 лет, а не на 17—19 лет, как в прошлом поколении (В. Е. Пелипас, 1971). Способы при этом избираются либо безопасные (порезы вен на предплечьях, лекарства из домашней аптечки), либо рассчитанные на то, что серьезная попытка будет предупреж-

дена окружающими (приготовление к повешению, изображение попытки выпрыгнуть из окна или броситься под транспорт на глазах у присутствующих и т. п.).

Обильная суицидальная «сигнализация» нередко предшествует демонстрации или сопровождает ее: пишутся различные прощальные записки, делаются «тайные» признания приятелям, записываются «последние слова» на магнитофоне и т. п.

Нередко причиной, толкнувшей истероидного подростка на «суицид», называется неудачная любовь. Однако часто удается выяснить, что это лишь романтическая завеса или просто выдумка. Действительной причиной обычно служит уязвленное самолюбие, утрата ценного для данного подростка внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно — сверстников, лишиться ореола «избранника». Конечно, отвергнутая любовь, разрыв, предпочтение соперника или соперницы наносит чувствительный удар по эгоцентризму истероидного подростка, особенно если все события разворачиваются на глазах приятелей и друзей. Сама же суицидальная демонстрация с переживаниями окружающих, суетой, скорой помощью, любопытством случайных свидетелей дает немалое удовлетворение истероидному эгоцентризму.

В поисках причин суицидальной демонстрации важно заметить, где она совершается, кому адресуется, кого она должна разжалобить, чье утраченное внимание вернуть, кого заставить пойти на уступки или уронить в глазах окружающих. Если, например, причиной суицида объявляется разлад с возлюбленной, а суицидальная демонстрация совершается так, что та ни увидеть, ни узнать о ней не может, но зато ее первым свидетелем становится мать (Никита Б., стр. 13), можно не сомневаться, что именно в отношениях с матерью кроется конфликт. Родители, правда, нередко играют у истероидных подростков «козла отпущения» за те «разочарования», которые их постигли в среде сверстников. В случаях истероидных психопатий суицидальные демонстрации могут осуществляться повторно, особенно если предыдущие имели успех, могут превращаться в своего рода поведенческий штамп, к которому прибегают при разного рода конфликтах (Ар. А. Александров, 1973). К суицидальным демонстрациям примыкает истероидная бравада «игрой со

смертью» с претензией заполучить репутацию исключительной личности.

Кроме суицидальных демонстраций, приходится встречать острые аффективные суицидные попытки, более частые у лабильных истероидов. Подобные аффективные реакции чаще всего также бывают вызваны ударами по самолюбию, унижением в глазах окружающих, утратой надежд на особую роль, перспективы возвыситься в чьих-либо глазах. Аффективные суицидные попытки обычно также бывают насыщены элементами демонстрации, нацелены на то, чтобы привлечь внимание. Однако на фоне крайнего аффекта на какой-то момент может промелькнуть истинная суицидальная цель. И даже при ее отсутствии грань безопасного в аффекте легко может быть перейдена и демонстративное по замыслу действие закончиться завершенным суицидом.

Свойственное истероидам «бегство в болезнь», изображение необычных таинственных заболеваний принимает иногда в среде некоторых подростковых компаний, в частности подражающих западным «хиппи», новую форму, выражаясь стремлением попасть в психиатрическую больницу и тем заполучить в подобной среде репутацию необычности. Для достижения этой цели используется разыгрывание роли наркомана, суицидальные угрозы, и, наконец, жалобы, почерпнутые из учебников психиатрии, причем разного рода деперсонализационно-дереализационные симптомы и циклические колебания настроения пользуются особой популярностью.

Алкоголизация или употребление наркотиков у истероидных подростков также иногда носит демонстративный характер. Истинный алкоголизм встречается крайне редко, причем в этих случаях обычно имеет место сочетание истероидности с чертами другого типа. Характерологические исследования у взрослых алкоголиков (Б. В. Марченко, 1971) практически не обнаружили среди них выраженных представителей истероидного типа. Выпивают истероидные подростки немного, предпочитают легким степеням опьянения, однако не прочь прихвастнуть огромным количеством выпитого, способностью пить, не пьянея или изысканным выбором алкогольных напитков («Я пью только коньяк и шампанское» — заявил один 14-летний истероидный подросток). Однако они не склонны изображать алкоголиков, так как эта роль не сулит им

ни ореола необычности, ни жадно любопытных взоров. Зато нередко готовы представить себя настоящим наркоманом. Понаслышавшись о наркотиках или испробовав раз-другой тот или иной суррогат, истероидный подросток начинает расписывать свои наркотические эксцессы, необычный «кайф», упоминает о приеме героина или ЛСД, которых он нигде достать не мог, и т. п. Детальный расспрос выявляет, что ничего о действительных ощущениях он рассказать не может, что нахватанные где-то сведения быстро истощаются. Подобный модус поведения свидетельствует, к сожалению, о том, что ампула наркомана, в отличие от алкоголика, пользуется привлекательностью в некоторых асоциальных подростковых группах. Употребление наркотиков, мнимое или эпизодическое, может быть также способом апелляции к близким, намерением обратить на себя их особое внимание. Обидевшись на мать, которая все заботы сосредоточила на больном брате, 14-летний истероидный подросток неделю носил в своем школьном портфеле шприц, надеясь, что мать найдет его. А когда мать так и не удосужилась заглянуть в его портфель, стал разбрасывать по квартире иглы для инъекций.

Делинквентность истероидных подростков обычно носит несерьезный характер. Речь идет о прогулах, нежелании учиться и работать, так как «серая жизнь» их не удовлетворяет, а занять видное место в учебе или труде, которое бы тешило их самолюбие, не хватает ни способностей, ни настойчивости. Столкновения бывают также по поводу вызывающего поведения в общественных местах, приставания к иностранным туристам, шумных скандалов. В более серьезных случаях приходится сталкиваться с мошенничеством, подделкой чеков или документов, обмане и обворовывании лиц, к которым втерлись в доверие. Истероиды избегают тяжких преступлений, связанных с насилием, грабежом, взломом, риском и, по-видимому, сравнительно редко встречаются среди криминальных подростков. Только 1% мальчиков и 4% девочек среди несовершеннолетних правонарушителей были оценены Н. И. Озерским (1932) как истероидные психопаты.

Побеги из дома могут начинаться еще с первых классов школы или даже в дошкольном возрасте. Обычно они вызваны наказаниями, имевшими место или ожидаемыми,

или обусловлены одной из детских поведенческих реакций — реакцией оппозиции. Эта реакция у детей и подростков чаще всего связана с утратой прежнего внимания со стороны близких. Убежав из дому, они стараются быть там, где их будут искать, или обратить на себя внимание милиции, чтобы их привели домой или вызвали за ними родителей. С возрастом побеги могут становиться более продолжительными и приобретать романтическую окраску. Причинами их нередко бывают те же, что толкают на суицидную демонстрацию — утрата внимания, крах надежд на возвышенное положение, необходимость выпутаться из истории, которая грозит неизбежностью быть осмеянным и низринутым с почетного пьедестала. Например, уверив своих знакомых в том, что его родители занимают высокое положение, и нарасказав им о роскошном образе жизни своей семьи, 16-летний юноша убежал в дальние края, когда требования приятелей пригласить к себе домой стали слишком настойчивыми.

У истероидных подростков сохраняются черты детских реакций оппозиции, имитации и др. Чаще всего приходится видеть реакцию оппозиции на утрату или уменьшение привычного внимания со стороны родных, на потерю роли семейного кумира. Проявления реакции оппозиции могут быть теми же, что и в детстве — уход в болезнь, попытки избавиться от того, на кого внимание переключилось (например, заставить мать разойтись с появившимся отчимом), но чаще эта детская реакция оппозиции выявляется подростковыми нарушениями поведения — выпивки, знакомство с наркотиками, прогулы, воровство, асоциальные компании предназначаются для того, чтобы просигнализировать: «Верните мне прежнее внимание, иначе я сойду с пути!». Реакция имитации может многое определять в поведении истероидного подростка. Однако модель, избранная для подражания, не должна заслонять саму подражающую персону. Поэтому для имитации избирается образ абстрактный или лицо, пользующееся популярностью среди подростков, но не имеющее непосредственного контакта с данной группой («кумир моды»). Иногда же подражание зиждется на собирательном образе: в погоне за оригинальностью воспроизводятся слогосшибательные высказывания одних, необычная одежда других, вызывающая манера вести себя третьих и т. п. Реакция гиперкомпенсации менее

Зато реакция имитации. Можно думать, что существенную роль в формировании личности играют окружающие.

Выдумки подростков от фантазий и иллюзий, всегда привлекают внимание зрителей и зрителей. Ведут себя соответственно. 9) был доставлен в клинику после тяжелой безопасности иностранная разведка заводе, указал на эту разведку и т. п. мыслом.

Истероидов, склонных часто выделять в особую группу (Кгаерелін, Юсевич, 1934; Г. Е. С.), для подростков так как украшающие ложь свойственны поведению, даже, когда выдумывают, казалось бы, эти рассказы все время характера — ненасытные.

Специфически подростки также бывают окрашены. Реакция эмансипации — побег от старшими, громоглазые, потребности и т. п. Сближаются подростки, потребность в свободе, близкие они совсем разные устремления. Реакция оппозиции. Реакция группировки.

свойственна истероидам, так как она сопряжена с настойчивостью и упорством, которых им как раз не хватает. Зато реакция компенсации бывает достаточно выраженной. Можно думать, что именно эта реакция играет существенную роль в свойственной истероидам «косметической» лжи, в фантазиях, которым они заставляют верить окружающих и, если не верят сами, то наслаждаются ими.

Выдумки подростков-истероидов отчетливо разнятся от фантазий шизоидов. Истероидные фантазии изменчивы, всегда предназначены для определенных слушателей и зрителей, подростки легко вживаются в роль, ведут себя соответственно своим выдумкам. Геннадий У. (стр. 9) был доставлен в подростковую психиатрическую клинику после того, как явился в органы государственной безопасности с заявлением, что его завербовала иностранная разведка, поручает ему устроить взрыв на заводе, указал на определенных лиц как на агентов этой разведки и т. п. — все это оказалось чистейшим вымыслом.

Истероидов, склонных к подобному мифотворчеству, часто выделяют в особую психопатическую группу псевдологов (Краерелин, 1915; П. Б. Ганнушкин, 1933; Л. С. Юсевич, 1934; Г. Е. Сухарева, 1959). С нашей точки зрения, для подросткового возраста вряд ли это оправдано, так как украшающие собственную личность фантазии и ложь свойственны почти всем истероидным подросткам. И даже, когда выдумки составляют главное в поведении, заслоняя, казалось бы, все прочие истероидные черты, все эти рассказы всегда питаются основой истероидного характера — ненасытным эгоцентризмом.

Специфически подростковые поведенческие реакции также бывают окрашены этой главной истероидной чертой. Реакция эмансипации может иметь бурные внешние проявления — побеги из дому, конфликты с родными и старшими, громогласные требования свободы и самостоятельности и т. п. Однако по сути дела настоящая потребность свободы и самостоятельности вовсе не свойственна подросткам этого типа — от внимания и забот близких они совсем не жаждут избавиться. Эмансипационные устремления часто сползают на рельсы детской реакции оппозиции.

Реакция группирования со сверстниками всегда со-

пряжена с претензиями на лидерство или на исключительное положение в группе. Не обладая ни достаточной стеничностью, ни бестрепетной готовностью в любой момент силой утвердить свою командную роль, подчинить себе других, истероид рвется к лидерству доступными для него путями. Обладая хорошим интуитивным чутьем настроения группы, еще назревающих в ней порою неосознанных желаний и стремлений, истероиды могут быть их первыми выразителями, выступать в роли зачинщиков и зажигателей. В порыве, в экстазе, воодушевленные обращенными на них взглядами они могут повести за собой других, даже проявить безрассудную смелость. Но они всегда оказываются вожаками на час — перед неожиданными трудностями пасуют, друзей легко предают, лишены восхищенных взоров, сразу теряют весь задор. Главное, группа вскоре распознает за внешними эффектами их внутреннюю пустоту. Это осуществляется особенно быстро, когда истероидные подростки добиваются лидерской позиции, «пуская пыль в глаза» историями о своих былых удачах и приключениях. Все это ведет к тому, что истероидные подростки не склонны слишком долго задерживаться в одной и той же подростковой группе и охотно устремляются в новую, чтобы начать все сначала. Если от истероидного подростка слышишь, что он разочаровался в своих приятелях, можно смело полагать, что те «раскусили» его.

В условиях замкнутых подростковых групп, например в закрытых учреждениях с регламентированным режимом, где произвольная смена компании затруднена, для того, чтобы занять исключительное положение, нередко избирается иной путь. Истероидные подростки охотно принимают из рук взрослых формальные лидерские функции — должности старост, организаторов всякого рода мероприятий и т. п. — с тем, чтобы занять позицию посредника между старшими и подростковой группой и тем упрочить свое особое положение.

Увлечения почти целиком сосредоточиваются в области эгоцентрического типа хобби. Увлечь может лишь то, что дает возможность покрасоваться перед другими. Если есть способности, то художественная самодеятельность открывает здесь наибольшие возможности. Предпочитаются те виды искусства, которые наиболее модны среди подростков своего круга (в настоящее время чаще

всего — джазовые ансамбли, эстрада) или поражают своей необычностью (например, театр мимов). Нельзя не заметить среди современных подростков малую популярность драматических кружков и падающую — танцевальных ансамблей. Порою избранные увлечения, казалось бы, не относятся к эгоцентрическим хобби. Однако на деле обнаруживается, что увлечение иностранным языком, сводящееся обычно к усвоению самых ходовых диалогов, предпринимается для того, чтобы блеснуть перед приятелями беседой с туристами, а увлечение философией сводится к самому поверхностному знакомству с модными течениями и предназначено опять же для того, чтобы произвести впечатление на соответствующее окружение. Подражание югам и хиппи представляет в этом отношении особенно благодатную почву. Даже коллекции служат все той же цели — блеснуть ими (и собой!) перед приятелями (см. Александр Ф. на стр. 11). Спорт и другие мануально-телесные хобби избираются гораздо реже, так как требуют большого упорства. В противовес этому лидерские хобби (роль разного рода организаторов и руководителей) более предпочтительны, так как позволяют быть всегда на виду. Однако вскоре начинают тяготиться сопряженными с ними формальными обязанностями.

Сексуальное влечение истероидов не отличается ни силой, ни напряжением. В их сексуальном поведении много театральной игры. Подростки мужского пола предпочитают таить свои сексуальные переживания, уходить от бесед на эту тему. Девочки, наоборот, склонны афишировать свои действительные связи и придумывать несуществующие, способны на оговоры и самооговоры, могут изображать распутниц, наслаждаясь ошеломляющим впечатлением на собеседника.

Самооценка истероидных подростков далека от объективности. Подчеркиваются те черты характера, которые в данный момент могут произвести впечатление.

Три варианта истероидного типа в подростковом возрасте встречаются чаще всего: «чистый» истероидный тип, неустойчивый истероид (Ар. А. Александров, 1974) и лабильный истероид. Первый из них не требует особого описания. Лабильный истероид, сочетающий черты эмоционально-лабильного и истероидного типов, охарактеризован в разделе, посвященном разновидностям лабильного типа. Как правило, основой здесь является именно ла-

бильность, а истероидность либо дополняется при воспитании по типу «кумира семьи», либо выявляется в чрезвычайной ситуации. Случай акцентуации по лабильно-истероидному типу описан на стр. 99 (Владимир Б.).

Неустойчивый истероид — вариант истероидного типа, наиболее распространенный среди подростков мужского пола. У большинства из них отсутствует свойственная по классическим описаниям для истероидов инфантильность и грацильность. Наоборот, акцелерация физического развития обычно бывает достаточно выражена. Внешне при первом знакомстве такие подростки могут произвести впечатление неустойчивых. Асоциальные компании сверстников, выпивки, интерес к наркотикам, праздность и тяга к «веселой жизни», пренебрежение всеми обязанностями, уклонение от учебы и труда — все это действительно имеет место. Однако за всем этим стоит не безволие и бездумность, не почти инстинктивная тяга к постоянным развлечениям и удовольствиям, а все тот же истероидный эгоцентризм. Все формы асоциального поведения — алкоголизация, наркотизм, делинквентность и т. п. — служат для бравады перед старшими и сверстниками, для того, чтобы заполучить репутацию исключительности. В асоциальных компаниях обнаруживаются претензии на лидерство, на необычность. Алкоголизация и употребление наркотиков могут носить нарочито демонстративный характер. Безделье, праздность, иждивенчество сопряжено с высокими, фактически невыполнимыми претензиями в отношении будущей профессии. Лживость бывает не только защитной, как у настоящих неустойчивых, она почти всегда служит цели приукрасить себя.

Помимо истероидной психопатии, приходится встречать истероидную акцентуацию как в явной, так и в скрытой форме. Соответствующие примеры даны в гл. I (Никита Б., стр. 13 и Михаил Б., стр. 14). Следует еще раз подчеркнуть, что ударом по слабому звену, способным обнаружить скрытую акцентуацию или обусловить яркую истерическую реакцию при явной, чаще всего бывает ущемление самолюбия, утрата внимания, крах надежд на привилегированное положение, развенчанная исключительность.

Диагностика истероидного типа у подростков должна осуществляться с осторожностью. Не следует обманываться кажущейся легкостью. Истероидные черты могут

быть поверхностным наложением на характерологическую основу другого типа — лабильного или гипертимного чаще всего. Эти же черты могут включаться в картину органической психопатии. Демонстративное суицидальное поведение у эпилептоидов также может ошибочно навести на мысль об истероидности. К сказанному следует еще добавить необходимость дифференцирования между истероидностью и выраженным психическим инфантилизмом в подростковом возрасте, когда также можно встретить необузданное фантазирование, выдумки, детскую эмоциональность, внушаемость и многие другие сходные с истероидами черты. Однако отсутствие выраженного эгоцентризма позволяет отличить таких подростков от истероидов.

НЕУСТОЙЧИВЫЙ ТИП

Краепелин (1915) назвал представителей этого типа *haltlos*, т. е. безудержные, неустойчивые.¹ Schneider (1923) и Stutte (1960) более подчеркнули в своих названиях недостаток воли («безвольные», «слабовольные»). Их безволие отчетливо выступает, когда дело касается учебы, труда, исполнения обязанностей и долга, достижения целей, которые ставят перед ними родные, старшие, общество. Однако в поиске развлечений представители этого типа также не обнаруживают напористости, а скорее плывут по течению.

В детстве они отличаются непослушанием, непоседливостью, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказаний, легко подчиняются другим детям. Элементарные правила поведения усваиваются с трудом. За ними все время приходится следить. У части из них встречаются симптомы невропатии (заикание, ночной энурез и т. д.).

С первых классов школы нет желания учиться. Только при непрерывном и строгом контроле, нехотя подчиняясь, они выполняют задания, всегда ищут случаи отлынивать от занятий. Вместе с тем рано обнаруживается повышенная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности, безделью. Они убегают с уроков в кино или про-

¹ При сходстве названий «лабильный» и «неустойчивый» (*instable*) следует указать на то, что первое относится к эмоциональной сфере, а второе — к поведению.

сто погулять по улице. Подстрекаемые более стеничными сверстниками, могут ради компании сбежать из дома. Все дурное словно липнет к ним. Склонность к имитации у неустойчивых подростков отличается избирательностью: образами для подражания служат лишь те модели поведения, которые сулят немедленные наслаждения, смену легких впечатлений, развлечения. Еще детьми они начинают курить. Легко идут на мелкие кражи, готовы все дни проводить в уличных компаниях. Когда же они становятся подростками, то прежние развлечения, вроде кино, их уже не удовлетворяют, и они дополняют их более сильными и острыми ощущениями — в ход идут хулиганские поступки, алкоголизация, наркотики.

Еще Краерелін (1915) писал о нецелеустремленной криминальности неустойчивых. Делинквентность этих подростков — это прежде всего желание поразвлечься. Выпивки начинаются рано — иногда с 12—14 лет и всегда в компаниях асоциальных подростков. Поиск необычных впечатлений легко толкает на знакомство с наркотиками, с разного рода их суррогатами. О возникающих при их действии необычных ощущениях и иллюзорных переживаниях делятся с приятелями с тем же упоением, как в детстве рассказывали о детективных фильмах.

С наступлением пубертатного периода такие подростки стремятся высвободиться из-под родительской опеки. Реакция эмансипации у неустойчивых подростков тесно сопряжена все с теми же желаниями удовольствия и развлечения. Истинной любви к родителям они никогда не питают. К бедам и заботам семьи относятся с равнодушием и безразличием. Родные для них — лишь источник средств для наслаждений.

Неспособные сами занять себя, они очень плохо переносят одиночество и рано тянутся к уличным подростковым группам. Трусость и недостаточная инициативность не позволяет им занять в них место лидера. Обычно они становятся орудиями таких групп. В групповых правонарушениях им приходится таскать каштаны из огня, а плоды пожинают лидер и более стеничные члены группы.

Их увлечения целиком ограничиваются информативно-коммуникативным типом хобби, да азартными играми. К спорту они испытывают отвращение. Только автомашина и мотоцикл сохраняют заманчивость как источник

почти гедонического наслаждения бешеной скоростью с рулем в руках. Но упорные занятия и здесь отталкивают их. Зато угон автомашин и мотоциклов с целью покататься составляет существенную часть их делинквентности. Художественная самодеятельность их не привлекает, даже модные эстрадные ансамбли им скоро приедаются. Все виды хобби, требующие какого-то труда, для них непостижимы.

Сексуальное влечение не отличается силой, но пребывание в асоциальных группах ведет к раннему сексуальному опыту, включая знакомство с развратом и извращениями. Сексуальная жизнь становится для неустойчивых подростков таким же источником развлечений, как постоянные выпивки и похождения. Романтическая влюбленность проходит мимо них, на искреннюю любовь они неспособны, как и на настоящую дружбу. Компания для развлечений всегда предпочтительнее преданного друга.

Учеба легко забрасывается. Никакой труд не становится привлекательным. Работают они только в силу крайней необходимости. Поражает их равнодушие к своему будущему, они не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии или о каком-либо положении для себя. Они целиком живут настоящим, желая извлечь из него максимум развлечений и удовольствий. Трудности, испытания, неприятности, угроза наказаний — все это вызывает одинаковую реакцию — убежать подальше.

Побеги из дому и интернатов — нередкий поступок неустойчивых подростков. В побегах они ищут асоциальной компании, подходящего попутчика, под влияние которого легко поддаются. Первые побеги служат примитивным способом избежать неприятностей или, по крайней мере, отсрочить наказание. Повторные побеги нередко обусловлены уже поиском развлечений, тягой к «свободной жизни».

Суицидальная активность, по нашим наблюдениям, не свойственна неустойчивым подросткам. Лишь среди конформно-неустойчивых встречаются аффективные суицидные попытки.

Существует ряд точек зрения на сущность неустойчивого типа — неустойчивость эмоций, слабость воли, нарушение влечений, патологическая подвижность нервных процессов, невозможность выработать стойкий жиз-

ненный стереотип и др. (обзор дан в статье А. И. Коротенко, 1971).

Слабоволие является, видимо, одной из основных черт неустойчивых. Именно слабоволие позволяет удерживать их в обстановке сурового и жестко регламентированного режима. Когда за ними непрерывно следят, не позволяют отлынивать от работы, когда безделье грозит суровым наказанием, а ускользнуть некуда, да и вокруг все работают — они на время смиряются. Но как только опека начинает ослабевать, они немедленно устремляются в ближайшую «подходящую компанию». Слабое место неустойчивых — безнадзорность, обстановка попустительства, открывающая просторы для праздности и безделья.

Самооценка неустойчивых подростков нередко отличается тем, что они приписывают себе либо гипертимные, либо конформные черты.

Среди госпитализированных в психиатрическую клинику подростков мужского пола тип неустойчивых в равной степени был представлен как психопатиями, так и акцентуациями. Как правило, в случаях психопатий нарушения поведения начинаются с детства.

Александр Б., 14 лет. Единственный сын из благополучной семьи. В детстве эпизодически отмечалось легкое заикание, в дошкольные годы — ночной энурез. Нарушения поведения начались с первых классов школы. Боясь наказаний за плохие отметки, неприготовленные уроки, шалости, убегал из дому. Ходил в кино, играл на улице, воровал лакомства и мелкие деньги. Сперва к ночи возвращался домой, потом стал ночевать в парадных и подвалах. С 11—12 лет стал часто прогуливать занятия, но, благодаря неплохим способностям, все же не оставался на второй год. С 13 лет стал убегать из дому «из интереса». Ночевал неизвестно где, воровал в школьных гардеробах куртки, перепродавал их. Слонялся по Невскому, выпрашивал мелочи у иностранцев.

Был помещен в детскую психиатрическую больницу. Обнаружил крайнее легкомыслие, безответственность, трусость, лживость. Учиться и принимать участие в труде не хотел. После выписки совсем бросил школу, все дни проводил в компании асоциальных сверстников, неоднократно по несколько дней не являлся домой, пытался с кем-то уехать в Москву.

Был помещен в подростковую психиатрическую клинику. Здесь озорничал, от работы старался уклониться, тянулся к асоциальным подросткам. Сведения о себе давал избегал, отличался скрытностью и лживостью при расспросах. Курит. Признался, что не раз употреблял гашиш и правильно описал его действие. Вино пьет только сладкое и в небольшом количестве. Любит кино и всякие зрелища. Планов на будущее не строит. Сексуальные контакты отрицает, избегает говорить на эту тему. При общении со сверстни-

ками обнаружил хорошую осведомленность в сексуальных вопросах, включая определенный гомосексуальный опыт. В клинике никакой сексуальной активности не проявил.

Диагноз. Психопатия неустойчивого типа тяжелой степени.

Катамнез. После выписки снова убежал из дому, был пойман на воровстве и отправлен в колонию.

Кроме явной акцентуации по неустойчивому типу, когда все особенности поведения и характера налицо, приходится сталкиваться со скрытой акцентуацией. В этих случаях нарушения поведения, свойственные типу неустойчивых, выявляются внезапно, на фоне предшествующего благополучия. Обнаруживаются они при сочетании неожиданного для подростка положения относительной бесконтрольности со стороны старших с пагубным влиянием кого-либо из приятелей.

Александр Г., 17 лет. Рос в благополучной семье, под надзором отца и матери, неплохо учился, окончил 8 классов, поступил в физико-механический техникум. Учится на втором курсе. Имеет троих постоянных приятелей — соседей по дому, с ними проводит свободное время. Под влиянием одного из них увлекся рыбной ловлей. Никаких нарушений поведения не было.

Недавно внезапно от инфаркта скончался отец. Мать, заболевшая после смерти отца, ослабила контроль за сыном. Впервые оказался предоставленным самому себе. Однажды вечером ушел с приятелями на танцы. Вернулся поздно, раздетый, в одних трусах, был необычно возбужден, слонялся по квартире, матери ничего толком объяснить не мог. Ночью не спал, стал кричать, что бандиты лезут в квартиру, бросился за помощью к соседям. С острым делирием скорой помощью был доставлен в подростковую психиатрическую клинику. В последующие дни — астеническое состояние. Долго не хотел раскрыть, что произошло с ним на танцах. Затем сознался, что по предложению одного из приятелей принял целую пригоршню таблеток циклодола и запил их пивом. Хотелось испытать самому «кайф», о котором приятель красочно рассказывал, посмотреть «интересные галлюцинации». На танцах «все перепуталось», как попал домой не помнит. Смущен и обескуражен случившимся, просит не сообщать ничего в техникум.

Диагноз. Циклодоловый делирий у личности со скрытой акцентуацией по неустойчивому типу.

Катамнез через полтора года. Живет с матерью. Техникум оставил. Работает на заводе. Нарушений поведения не было.

Сходная с наблюдаемой у представителей типа неустойчивых манера поведения может встречаться в процессе психопатизации при других типах — гипертимном, истероидном, конформном (Ар. А. Александров, 1974). В этих случаях поведение типа неустойчивых является наслоением на эндогенную характерологическую основу

Лишь менее 1% среди нескольких сотен психопатов, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу, т. е. в популяции, где можно было ожидать представителей этого типа относительно часто, было оценено как неустойчивые (Б. В. Шостакович, 1971). Можно предположить, что значительная часть неустойчивых подростков, став взрослыми, пополняют ряды алкоголиков (А. С. Чистович, 1966) и наркоманов. Диагноз «хронический алкоголизм» или «наркомания» заслоняет их прошлое — психопатию или акцентуацию неустойчивого типа. По данным Б. В. Марченко (1971), до 30% страдающих хроническим алкоголизмом может быть отнесено к неустойчивому типу. У 74% взрослых психопатов неустойчивого типа диагностирована токсикомания (А. И. Коротенко, 1971).

КОНФОРМНЫЙ ТИП

Психопатий конформного типа не существует. Этот тип встречается в чистом виде только в форме акцентуаций и поэтому в клинические систематики не включался. Картина конформной акцентуации в характерологических исследованиях вырисовывалась очень постепенно. Еще в конце прошлого столетия Ribot (1899) описал «аморфный тип» характера, якобы лишенный каких-либо определенных черт, плывущий по течению, слепо подчиняющийся своей среде. По словам Ribot, за таких людей думает и действует общество, совершенствование у них ограничивается подражанием. П. Б. Ганнушкин (1933) метко обрисовал некоторые черты этого типа — постоянную готовность подчиниться голосу большинства, шаблонность, банальность, склонность к ходячей морали, благонаравию, консерватизму, однако он неудачно связал данный тип с низким интеллектом. В действительности дело вовсе не в интеллектуальном уровне. Подобные субъекты нередко хорошо учатся, получают высшее образование, при определенных условиях с успехом работают.

Главная черта характера этого типа — постоянная и чрезмерная конформность к своему непосредственному привычному окружению — наиболее выступила в описаниях американских социальных психологов Kreech и Krutschfield (1962). Ими также отмечено свойственное

этим личностям недоверие и настороженное отношение к незнакомцам. Как известно, в современной социальной психологии под конформностью принято понимать подчинение индивидуума мнению группы в противоположность независимости и самостоятельности. В разных условиях каждый субъект обнаруживает ту или иную степень конформности. Однако при конформной акцентуации характера это свойство постоянно выявляется, будучи самой устойчивой чертой.

Представители конформного типа — это люди своей среды. Их главное качество, главное жизненное правило — думать «как все», поступать «как все», стараться, чтобы все у них было «как у всех» — от одежды и домашней обстановки до мировоззрения и суждений по животрепещущим вопросам. Под «всеми» подразумевается обычное непосредственное окружение. От него они не хотят ни в чем отстать, но и не любят выделяться, забежать вперед. Это особенно проступает на примере отношения к модам одежды. Когда появляется какая-нибудь новая необычная мода, нет более ярых ее хулителей, чем представители конформного типа. Но как только их среда осваивает эту моду, скажем брюки или юбки соответствующей длины и ширины, как они сами облачаются в такую же одежду, забывая о том, что говорили два-три года назад. В жизни они любят руководствоваться сентенциями и в трудных ситуациях склонны в них искать утешение («утраченного — не воротишь» и т. п.). Стремясь всегда быть в соответствии со своим окружением, они совершенно не могут ему противостоять. Поэтому конформная личность — полностью продукт своей микросреды. В хорошем окружении — это неплохие люди и неплохие работники. Но попав в дурную среду, они со временем усваивают все ее обычаи и привычки, манеры и правила поведения, как бы все это ни противоречило предыдущим и как бы пагубным ни было. Хотя адаптация у них первое время происходит довольно тяжело, но когда она осуществилась, новая среда становится таким же диктатором поведения, как раньше была прежняя. Поэтому конформные подростки «за компанию» легко сливаются, могут быть втянуты в групповые правонарушения.

Конформность сочетается с поразительной некритичностью. Все, что говорит привычное для них окружение,

эти личности
формы, это
же канал на
ствующие де
мают за чистоту
Ко всему этому
по натуре. Они не
к нему быстро при
вой ситуации. При
открыто не призна
шем большинстве
ются, чувство ново
соко ценится, пошат
тельное отношение
словах. На деле он
ние и раз и навсегда
к новому прорывает
к чужакам. Это как
появился в их групп
другой манеры дер
ходится наблюдать.

От еще одного
ный успех. Они —
зультаты могут дос
ной лестницы, лиш
не требовали бы по
именно этого от ни
на любой, самой нез
гораздо более вы
пряженную работу,
Опекаемое взрос
нагрузок для кон
только начиная с
формной акцентуаци
чески-подростковые
формности.

Конформные под
в привычной групп
группы, постоянство
менять свою подрост
освоились. Нередко
дения является то,
Одной из самых тя

все, что они узнают через привычный для них канал информации, это для них и есть истина. И если через этот же канал начинают поступать сведения, явно не соответствующие действительности, они по-прежнему их принимают за чистую монету.

Ко всему этому конформные субъекты — консерваторы по натуре. Они не любят новое, потому что не могут к нему быстро приспособиться, трудно осваиваются в новой ситуации. Правда, в наших условиях они в этом открыто не признаются, видимо, потому что в подавляющем большинстве микроколлективов, где они оказываются, чувство нового официально и неофициально высоко ценится, новаторы поощряются и т. п. Но положительное отношение к новому у них остается только на словах. На деле они предпочитают стабильное окружение и раз и навсегда установленный порядок. Нелюбовь к новому прорывается наружу беспричинной неприязнью к чужакам. Это касается как просто новичка, который появился в их группе, так и представителя другой среды, другой манеры держать себя, и даже, как нередко приходится наблюдать, другой национальности.

От еще одного качества зависит их профессиональный успех. Они — неинициативны. Очень хорошие результаты могут достигаться на любой ступени социальной лестницы, лишь бы работа, занимаемая должность не требовали бы постоянной личной инициативы. Если именно этого от них требует ситуация, они дают срыв на любой, самой незначительной должности, выдерживая гораздо более высококвалифицированную и даже напряженную работу, если она четко регламентирована.

Опекаемое взрослыми детство не дает чрезмерных нагрузок для конформного типа. Возможно, поэтому, только начиная с подросткового возраста, черты конформной акцентуации бросаются в глаза. Все специфически-подростковые реакции проходят под знаком конформности.

Конформные подростки очень дорожат своим местом в привычной группе сверстников, стабильностью этой группы, постоянством окружения. Они совсем не склонны менять свою подростковую группу, в которой свыклись и освоились. Нередко решающим в выборе учебного заведения является то, куда идет большинство товарищей. Одной из самых тяжелых психических травм, которая,

по-видимому, для них существует — это когда привычная подростковая группа почему-либо их изгоняет. По мнению Е. И. Ефременковой (1972), конформные подростки обычно оказываются также в трудном положении, когда общепринятые суждения и обычаи их среды приходят в столкновение с их личностными качествами. Например, рискованные приключения чужды конформности, но свойственны подростковой среде. Лишенные собственной инициативы конформные подростки могут быть втянуты в групповые правонарушения, в алкогольные компании, подбиты на побег из дому или науськаны на расправу с чужаками.

Реакция эмансипации ярко проявляется только в случае, если родители, педагоги, старшие отрывают конформного подростка от привычной ему среды сверстников, если они противодействуют его желанию «быть как все», перенять распространенные подростковые моды, увлечения, манеры, намерения. Увлечения конформного подростка целиком определяются его средой и модой времени.

Самооценка характера конформных подростков может быть неплохой. По данным нашего сотрудника Н. Я. Иванова, подростки конформного типа в 35% отнесли себя к этому типу, еще в 45%, наряду с конформностью, отметили также черты других типов (чаще всего гипертимного).

Конформная акцентуация у подростков, видимо, является довольно распространенной, особенно у мальчиков.

По данным Н. Я. Иванова, этот тип акцентуации диагностирован среди здоровых школьников в возрасте 14—15 лет в 20%. Однако можно думать, что это — переходящая подростковая акцентуация (А. Е. Личко и др. 1971, 1973). В 16—17-летнем возрасте этот тип уже встречается только в 9%.

Существует особый вариант конформного типа — конформно-гипертимный (Н. Я. Иванов, 1972, А. Е. Личко, Е. И. Ефременкова и др., 1973). От других конформных подростков его отличает повышенная витальная самооценка. Такие подростки несколько эйфоричны, подчеркивают свою бодрость, здоровье, хороший сон и аппетит. Им свойственна также чрезмерно оптимистическая оценка своего будущего, убежденность, что исполнятся

все желания. Но эта пертимным типом. Ни предприимчивос к лидерству они н дисциплине и регламе все это соблюдается. Конформные по с дебильностью, от блюдение психиатр контингента госпита нены как представи конформная акценту. Еще П. Б. Ганнушк ставителей этого ти хондрии после «стрессии при утрате параноида — при уг чрезмерная податли привязанность ко во лишение обычного причиной реактивн жающей среды то голизации или при неблагоприятное в психопатического (см. Сергей О., стр. Иллюстрируем с нического алкоголиз Юрий К., 18 лет. Мать страдает хроничес кой больнице. Рос и дедом по матери, был учился, в младших клас шился деда, умершего почувствовал себя один гузять во дворе, выпива «мать всегда пьяна». За второй год, бросил шко товарищи по двору, но В другое ПТУ «к чужом. Оказался в комм его грузчиком в ежедневн товара почти ежедневно. 700—800 г водки явилась потре 6 А. Е. Ли

все желания. Но этим и ограничивается их сходство с гипертимным типом. Ни большой активности, ни живости, ни предприимчивости, ни инициативы, ни стремления к лидерству они не обнаруживают. Они податливы дисциплине и регламентированному режиму, особенно если все это соблюдается окружающими.

Конформные подростки, кроме случаев сочетания с дебильностью, относительно редко попадают под наблюдение психиатра. Лишь 3% обследованного нами контингента госпитализированных подростков были оценены как представители этого типа. Тем не менее явная конформная акцентуация — это крайний вариант нормы. Еще П. Б. Ганнушкин (1933) отметил склонность представителей этого типа к реактивным состояниям — ипохондрии после «страшного диагноза», реактивной депрессии при утрате близких или имущества, реактивного параноида — при угрозе ареста и т. п. Их слабое звено — чрезмерная податливость влиянию среды и чрезмерная привязанность ко всему привычному. Ломка стереотипа, лишение обычного для них общества может послужить причиной реактивных состояний, а дурное влияние окружающей среды толкнуть на путь интенсивной алкоголизации или приобщения к наркотикам. Длительное неблагоприятное влияние может послужить причиной психопатического развития по неустойчивому типу (см. Сергей О., стр. 169).

Иллюстрируем сказанное примером становления хронического алкоголизма у конформного подростка.

Юрий К., 18 лет. Отца не знает — тот давно оставил семью. Мать страдает хроническим алкоголизмом, лечилась в психиатрической больнице. Рос и развивался без особенностей. Воспитывался дедом по матери, был под его влиянием послушен, старательно учился, в младших классах был отличником. В возрасте 13 лет лишился деда, умершего от инфаркта. Тяжело переживал его смерть, почувствовал себя одиноким, оказался предоставленным себе. Стал гулять во дворе, выпивать с приятелями, пошел на выпивки легко — «мать всегда пьяна». Запустил учебу, в 9-м классе был оставлен на второй год, бросил школу. Хотел поступить в ПТУ, где учились его товарищи по двору, но не был принят из-за тяжелого астигматизма. В другое ПТУ «к чужим ребятам» идти не захотел. Мать устроила его грузчиком к своей приятельнице — заведующей винным магазином. Оказался в компании пожилых алкоголиков. За разгрузку товара почти ежедневно получал по пол-литра водки. Стал пить все больше и больше. Последние полгода ежедневно выпивал до 700—800 г водки. Исчез рвотный рефлекс при передозировке, появилась потребность опохмеляться по утрам. После интенсивной

Диагноз. Хронический алкоголизм (II стадия), развившийся на фоне явной акцентуации по конформному типу. Перенос алкогольный делирий.

ГЛАВА I
ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ РАЗ
[приобретенные психоп
ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГ

Как указано в гл. I.
терологическим) разлит:
реактивным психопатиям
щим фактором в формиров
служит неблагоприятное

Возможность изменений социальных и психологических сомнений. Но до сих пор в советской психиатрии ползла эти изменения достигают ли психопатия П. Б. Ганнушкин (1933) вопрос, хотя ввел понятие социального развития. Слов, 1936; М. О. Гурев, 1972; Л. И. Спивак, 1962 ния характера, обусловленного внешнее сходство с психи не являются. С другой т. Е. К. Краснушкин, 1940, лийская, 1965; В. В. Котля, 1971; В. А. Гурьева, 197 тия может быть приобретением здоровой и устойчивой психической травмой психогенное развитие. Иногда могут играть также врожденные, слепота (В. Ф. Матвей, 1971) и необычайно в детском и подростковом возрасте встречаются были с детства в большинстве оккупации (Г. К. Котля — 300 ленинградских

ГЛАВА V

ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ РАЗВИТИЯ [«приобретенные психопатии»]

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Как указано в гл. I, к психопатическим (патохарактерологическим) развитиям (приобретенным, краевым, реактивным психопатиям) относят случаи, когда решающим фактором в формировании аномального характера служит неблагоприятное влияние среды.

Возможность изменения характера под влиянием социальных и психологических воздействий не вызывает сомнений. Но до сих пор не утихают начавшиеся в советской психиатрии полвека назад споры о том, могут ли эти изменения достигать уровня психопатии, то есть может ли психопатия быть нажитой, приобретенной. П. Б. Ганнушкин (1933) не дал четкого ответа на этот вопрос, хотя ввел понятие ситуационного и конституционального развития. С одной точки зрения (В. П. Осипов, 1936; М. О. Гуревич, 1940; Г. Е. Сухарева, 1959, 1972; Л. И. Спивак, 1962; М. И. Лапидес, 1973), изменения характера, обусловленные средой, могут иметь лишь внешнее сходство с психопатией и по сути дела таковой не являются. С другой точки зрения (А. К. Ленц, 1927; Е. К. Краснушкин, 1940; О. В. Кербиков, 1961; Н. И. Фелинская, 1965; В. В. Ковалев, 1969; В. П. Белов и др., 1971; В. А. Гурьева, 1971; Г. К. Ушаков, 1973), психопатия может быть приобретенной. Это случается даже при вполне здоровой и устойчивой в преморбиде личности, если психическая травматизация отличается чрезвычайной тяжестью. Иногда последние случаи обозначают как психогенное развитие. Возможно, роль подобной травмы могут играть также тяжелые физические недостатки, например, слепота (В. Ф. Матвеев, 1974). Исключительные по тяжести неблагоприятные социальные воздействия в детском и подростковом возрасте в настоящее время встречаются чрезвычайно редко. Описанные ранее случаи в большинстве были связаны с ужасами войны и фашистской оккупации (Г. Е. Сухарева, 1959). Наш материал — 300 ленинградских подростков, родившихся

в пятидесятых годах, не дал нам ни одного подобного наблюдения.

Значительно чаще формирование приобретенной психопатии происходит, когда в преморбиде личность принадлежит к крайним вариантам нормы. Binder (1960) отметил, что психопатические развития чаще всего происходят у «дискордантно-нормальных» личностей, в то время как «конкордантно-нормальные» легко возвращают утраченное равновесие даже, если ситуация не улучшается.

Акцентуации характера, будучи крайними и менее устойчивыми вариантами нормы, вероятно, представляют наиболее подходящую почву для формирования приобретенных психопатий. Однако для психопатического развития на фоне акцентуации важно не просто любое неблагоприятное влияние среды. Это влияние должно быть особо значимым для данного типа характера. Оно должно быть адресовано к *locus minoris resistentiae* формирующейся личности подростка. Оно должно быть также достаточно продолжительным или многократно повторяющимся.

В подростковом периоде наиболее частым влиянием такого рода оказывается неправильное воспитание. Наиболее способствующие формированию приобретенных психопатий типы неправильного воспитания были отмечены О. В. Кербиковым (1962) — гипоопека или безнадзорность, гиперопека, «золушка», «кумир семьи». К ним следует добавить описанное Г. Е. Сухаревой (1959) воспитание в условиях повышенной детской ответственности, а также воспитание в атмосфере жестокости. По мнению В. Я. Гиндикина (1963), положение «кумира семьи» способствует формированию истерической личности, гипоопека — неустойчивости, гиперопека — шизоидности, место «золушки» в семье — астеническому развитию.

В последние годы обнаружилась тенденция к весьма широкому распространению диагноза психопатическое (патохарактерологическое) развитие у подростков. Если по данным В. Я. Гиндикина (1968) среди трудных подростков «ядерные» психопатии составляют 43%, а психопатическое развитие 21%, то на материале В. А. Гурьевой (1971), Ф. И. Ивановой (1972) соотношение 1:1, а по Е. А. Коссовой (1971) даже 1:3 в пользу развития.

У взрослых психопатическое развитие диагностируется значительно реже — менее, чем в 25% от числа случаев психопатий (В. Е. Пелипас, 1971). Создается опасность, что значительная часть преходящих подростковых акцентуаций характера с нарушениями на их основе может начать трактоваться как «патохарактерологическое развитие» или краевая психопатия. Подобная опасность уже была отмечена в отношении затяжных реактивных состояний у подростков (Г. Н. Пивоварова, 1962).

Наши катamnестические исследования показали, что у 72 подростков, у которых была диагностирована психопатия, через 1½—3 года этот диагноз был сохранен в 88%. Лишь в 12% стойкая и хорошая компенсация на протяжении полутора-трех лет после завершения пубертатного периода позволяет думать, что эти случаи правильнее было бы расценить как акцентуации характера. Зато среди 55 подростков, квалифицированных как акцентуации, хорошая и стойкая социальная адаптация через 1½—3 года отмечена в 80%. Только в 4 случаях под влиянием неблагоприятных условий наступило психопатическое развитие, еще в 4 случаях констатирована наркомания и в 3 — хронический алкоголизм. Эти данные еще раз свидетельствуют о том, что психопатическое развитие в подростковом возрасте должно диагностироваться с осторожностью.

Что же должно служить критерием диагноза приобретенной (краевой) психопатии (психопатического развития)?

Прежде всего случай должен соответствовать критериям диагностики психопатии (относительная тотальность, относительная стабильность характера, склонность к социальной дизадаптации — см. главу I). Стадии, предшествующие формированию психопатий — психопатические реакции, пубертатный полиморфизм и т. п. (В. В. Ковалев, 1973) могут служить вехами для изучения анамнеза или «угрожаемыми» симптомами, а не поводом для ранней диагностики приобретенных психопатий. Мало удачным представляется использование термина «патохарактерологическое развитие» для случаев, когда изменения характера еще не достигли уровня психопатии. Это обозначение подразумевает, что развитие в отношении изменений характера достигло патологического, болезненного уровня, ушло за рамки крайних

вариантов нормы, чего обычно в этих случаях еще не бывает. В силу сказанного важно отграничение психопатического развития от социальной и педагогической запущенности (Н. Н. Тимофеев, 1963, 1969; И. А. Невский, 1968; В. А. Гурьева, 1971; В. И. Твердохлебов, 1971). Последней свойственна хорошая адаптация в среде сверстников, избирательное отношение к старшим, отчетливая психогенная обусловленность нарушений поведения и его улучшение в благоприятной обстановке.

Диагностируя психопатическое развитие, необходимо также констатировать достаточное по продолжительности пагубное влияние среды (чаще всего неправильное воспитание), особенности которого должны соответствовать типу формирующейся психопатии.

Наконец, анамнез должен указывать на возможную преморбидную акцентуацию характера, опять же того типа, который особенно чувствителен в отношении данного рода неблагоприятных влияний среды.

Следуя этим критериям, из 174 подростков, у которых в психиатрической клинике нами была диагностирована психопатия, только 17 (т. е. 10%) были расценены как несомненные случаи психопатического развития (приобретенной психопатии). Напомним, что в этой клинике за тот же период 126 случаев были квалифицированы как нарушения поведения или реактивные состояния на фоне акцентуации характера. И хотя некоторая часть из них, судя по данным катамнеза, встает на путь психопатического развития, однако в момент обследования этот диагноз нам представлялся преждевременным. Говорить о субклиническом этапе развития приобретенной психопатии (О. В. Кербиков, 1961) правомерно ретроспективно, когда психопатия уже сформировалась, и преждевременно до этого, ибо в большинстве случаев до психопатии дело не доходит.

Итак, определенные взаимоотношения между типом акцентуации характера, типом неправильного воспитания и типом формирующейся психопатии является основой для заключения о приобретенной психопатии у подростка. Ниже рассматриваются наиболее частые из этих взаимоотношений.

ГИПЕРТИМНА
ВОСПИТАТЕЛЯ
ПСИХОПАТИИ
ПО ГИПЕРТИМ

Как указ
ется плохой
ного режима
действием, з
каждой копе
реносимостью
ний, наказан
кого диктата
водиться и вс
ская гиперопе
ребенку еще
старших. С н
нием реакции
ной у гиперти
протестовать
Чрезмерно
тает подростка
ний от более
того, что его
Родители реаг
гиперопекаемо
ния способом —
наказывают, е
иногда до пост
перед товарищ
эмансипации.
В какой-то мом
всю систему ро
с детства пользо
ственном опыте
тельный бой с ро
ток нередко вед
которая носится
и извещать все, ч
гиперти...
ти...
...ий под
мо

**ГИПЕРТИМНАЯ АКЦЕНТУАЦИЯ —
ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ «ГИПЕРОПЕКА» —
ПСИХОПАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
ПО ГИПЕРТИМНО-НЕУСТОЙЧИВОМУ ТИПУ**

Как указывалось, гипертимная акцентуация отличается плохой переносимостью жестко регламентированного режима, мелочного контроля за каждым шагом и действием, за каждой минутой свободного времени, за каждой копеечкой карманных денег и не меньшей переносимостью постоянных поучений и скучных наставлений, наказаний в виде изоляции от сверстников, жесткого диктата в отношении с кем можно, а с кем нельзя водиться и всего прочего, чем богато изобилует родительская гиперопека. До наступления пубертатного периода ребенку еще не хватает сил вырваться из-под власти старших. С началом полового созревания и пробуждением реакции эмансипации, особенно сильно выраженной у гипертимных подростков, они начинают активно протестовать против родительских регламентаций.

Чрезмерно широкая система запретов и контроля путает подростка, затрудняет различие мелких непослушаний от более серьезных проступков, создает иллюзию того, что его товарищам все можно, а ему все нельзя. Родители реагируют на эмансипационные устремления гиперопекаемого подростка адекватным с их точки зрения способом — еще жестче требуют послушания, строже наказывают, еще более усиливают контроль, доводя его иногда до постыдной для подростка слежки и унижения перед товарищами. Все это лишь усиливает реакцию эмансипации. В результате создается порочный круг. В какой-то момент гипертимный подросток напрочь рвет всю систему родительских запретов. Но не приученный с детства пользоваться свободой, не познавший на собственном опыте ее разумные пределы, вступив в решительный бой с родительской опекой, гипертимный подросток нередко ведет себя как собака, сорвавшаяся с цепи, которая носится по округе, желая сразу побывать всюду и изведать все, что было недоступно ранее. В силу этого гипертимный подросток легко устремляется прежде всего туда, где «все можно», т. е. в ближайшую уличную асоциальную компанию с ее бездумными развлечениями, выпивками, похождениями и т. п.

Здесь сказывается и подростковая реакция группирования и другие слабые места гипертимов — любовь к новизне, к развлечениям, легкость, с которой переходится, порою просто просматривается грань дозволенного, неразборчивость контактов, привлекательность риска. Алкоголизация и знакомство с наркотиками значительно подталкивает психопатическое развитие.

Случай, описанный на стр. 87 (Дмитрий А.) может послужить иллюстрацией сказанному.

**НЕУСТОЙЧИВАЯ ИЛИ КОНФОРМНАЯ АКЦЕНТУАЦИЯ —
ГИПООПЕКА ИЛИ БЕЗНАДЗОРНОСТЬ —
ПСИХОПАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
ПО НЕУСТОЙЧИВОМУ ТИПУ**

Пагубность отсутствия надзора, постоянного руководства, даже принуждения к занятиям, учебе, труду для подростков с акцентуацией по неустойчивому типу не вызывает сомнений. Предоставленные себе, они начинают с первых классов школы прогуливать уроки, дни проводить на улице, быстро оказываются в компании асоциальных подростков и весь дальнейший путь психопатического развития по неустойчивому типу с делинквентностью, алкоголизацией, побегами из дому и т. п. осуществляется довольно быстро. Задержать его может лишь обстановка строгого трудового и дисциплинарного режима.

Для конформной акцентуации вступление на путь психопатического развития неустойчивого типа — это дело случая. Все зависит от того, в какой компании, в какой среде окажется конформный подросток, оставленный родителями без достаточного надзора. В хорошем коллективе, который заполнит не только официальные часы учебы, но весь досуг, всю ребячью жизнь, такой подросток легко усвоит положительный модус поведения, здоровые интересы, хорошие личностные ценности. К несчастью, случай нередко толкает предоставленного себе конформного подростка в ту же компанию асоциальных уличных сверстников, которую подросток неустойчивого типа сам активно выскивает. Освоившись в этой среде, конформный подросток легко перенимает и ее образ жизни, и интересы, и ценности. Бездумное времяпрепровождение, легкие развлечения, выпивки, приключения.

наконец «шкочу»
ния — все это
психопатического

Сергей О. 15 лет
которая рабстает эк
долгу не бывает да
дит случайные связи
оставляет дома (с
из дому. До 11 лет
класса попал в компа
нятия, остался на это
стал курить и начал
удовольствия не полу
хотелось, чтобы «при
учителям. Последние
существовании матери с пр

По настоянию ма
трическую клинику. I
в своих пьянках ниче
нике тянулся к асоц
не претендовал. Реж
его домой, обещая хо
Диагноз. Психопат
Катамнез. Через
делинквентным повед
скую больницу, где ло

**ИСТЕРОИДНАЯ, ЛАБИЛЬНАЯ
ИЛИ ГИПЕРТИМНАЯ АКЦЕНТУАЦИЯ
ВОСПИТАНИЕ ПО ТИПУ
ПСИХОПАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
ЛАБИЛЬНО-ИСТЕРОИДНОЕ
ГИПЕРТИМНО-ИСТЕРОИДНОЕ**

Воспитание по
обычно как постоян
ными талантами и
способностей, постоян
и незнакомым. А
дельного обожания
вытекающим сужде
нельзя ни в чем о
за что следует на
культивирует эгоц
быть центром вним
особого труда. Неч

наконец «щекочущие нервы» делинквентные похождения — все это прочно усваивается и толкает на путь психопатического развития по неустойчивому типу.

Сергей О., 15 лет. Вырос без отца. Живет вдвоем с матерью, которая работает экскурсоводом на междугородных автобусах, подолгу не бывает дома, последние годы стала часто выпивать, заводит случайные связи. Сына то берет с собой в дальние рейсы, то оставляет дома без надзора, то, приведя сожителя, даже выгоняет из дому. До 11 лет хорошо учился, был дисциплинирован. С 5-го класса попал в компанию асоциальных сверстников, прогуливал занятия, остался на второй год. Сдружился с трудными подростками, стал курить и начал с ними выпивать. Хотя от выпивок никакого удовольствия не получал, но пил, чтобы «не нарушать компанию», хотелось, чтобы «признали своим». Забросил учебу, грубил в школе учителям. Последние месяцы часто напивался допьяна. Дома в отсутствии матери с приятелями устраивал пьянки, картежные игры.

По настоянию матери был помещен на обследование в психиатрическую клинику. Госпитализацией был недоволен, бранил мать, в своих пьянках ничего особенного не видел — «пью как все». В клинике тянулся к асоциальным подросткам, на лидерство среди них не претендовал. Режима однако не нарушал. Упросил мать взять его домой, обещая хорошо себя вести.

Диагноз. Психопатическое развитие по неустойчивому типу.

Катамнез. Через год в связи с интенсивной алкоголизацией и делинквентным поведением снова поступил в другую психиатрическую больницу, где лечился от алкоголизма.

**ИСТЕРОИДНАЯ, ЛАБИЛЬНАЯ
ИЛИ ГИПЕРТИМНАЯ АКЦЕНТУАЦИИ —
ВОСПИТАНИЕ ПО ТИПУ «КУМИР СЕМЬИ» —
ПСИХОПАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПО ИСТЕРОИДНОМУ,
ЛАБИЛЬНО-ИСТЕРОИДНОМУ,
ГИПЕРТИМНО-ИСТЕРОИДНОМУ ТИПАМ**

Воспитание по типу «кумир семьи» описывается обычно как постоянное захваливание, восхищение мнимыми талантами и преувеличение действительных способностей, постоянное демонстрирование их знакомым и незнакомым. Атмосфера похвал, восторгов, беспредельного обожания обычно дополняется «само собой» вытекающим суждением родных, что такому ребенку нельзя ни в чем отказать, что можно многое прощать, за что следует наказывать других. Все это с ранних лет культивирует эгоцентризм, стремление всегда и везде быть центром внимания, все получать с легкостью, без особого труда. Нечто сходное описывается Г. Е. Сухаре-

вой (1959) у детей как инфантилизированный тип изменения характера.

Тем не менее далеко не все дети, выросшие в обстановке обожания и восхваления, вступают на путь психопатического развития истероидного типа. Видимо, для этого нужна подходящая почва — акцентуация характера по истероидному типу прежде всего, а также по лабильному или гипертимному типу.

«Кумир семьи» не означает также, что объект обожания должен быть окружен обязательно множеством глаз влюбленных в него домочадцев. Семья может состоять всего из двоих — например, влюбленной до безумия в своего ребенка матери, во всем ему потакающей, спешащей скорее во всем угодить, беспрестанно любующейся своим чадом, и подростка, с ранних лет привыкшего немедленно получать все, что ему захочется, не задумываясь над тем, что это матери стоит.

Иллюстрацией сказанного может послужить Владимир А. (стр. 88), с детства научившийся использовать с выгодой для себя напряженные отношения между отцом и матерью.

**ЛАБИЛЬНАЯ, АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКАЯ
ИЛИ СЕНСИТИВНАЯ АКЦЕНТУАЦИИ —
ВОСПИТАНИЕ ПО ТИПУ «ЗОЛУШКИ» —
ПСИХОПАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
ПО СООТВЕТСТВУЮЩИМ ТИПАМ**

Ситуация в семье, когда ребенка третируют, унижают, держат в небрежении и страхе, сурово наказывают даже за мелкие проступки, когда ребенок чувствует, что он нежеланный и нелюбимый, а рядом есть родной или сводный брат или сестра, которых балуют, которых явно любят — эта ситуация получила название воспитания по типу «золушки». Подобное воспитание обычно ставится в связь с психопатическим развитием по «тормозному» типу. Робость, забитость, вечная настоятельность и обидчивость отличает это развитие. Г. Е. Сухарева (1959) полагает, что из таких забитых детей формируется «пассивно-защитный тип» характера, когда трусость сочетается с показной угодливостью, льсти-

востью и неискренностью, маска услужливости с бездельем и праздностью.

В действительности положение менее любимого и нежеланного члена семьи неодинаково сказывается на подростках разного типа. У гипертимных и эпилептоидных подростков ярко выступает реакция эмансипации — первые из них борются за самостоятельность и свободу, вторые — за свои имущественные права. Истероиды в этих случаях в подростковом возрасте продолжают обнаруживать детскую реакцию оппозиции. И хотя формы ее проявления меняются, но все поступки — и непонятные кражи, и показной интерес к наркотикам, и суицидальные демонстрации, и самооговоры в распутстве — все это используется, как сигналы родным, как требования внимания, любви и забот. Другие истероиды, отчаявшись в попытке привлечь любовь семьи к себе, погружаются в мир фантазий или начинают искать внимание на стороне. Шизоиды на подобную ситуацию, как и на другие трудности, реагируют уходом в себя, возводя духовную стену между собою и нелюбящей их семьей. Неустойчивые ищут отдушину в подростковых компаниях.

Положение «золушки» оставляет неизгладимый след на фоне некоторых акцентуаций — по сенситивному, астено-невротическому и лабильному типам. Акцентуация здесь может превращаться в психопатическое развитие соответствующего типа, причем черты сенситивности в той или иной степени примешиваются почти всегда.

Случай реактивного состояния на фоне сенситивной акцентуации (Александр О., стр. 112) вполне мог бы перейти в психопатическое развитие по сенситивному типу, если бы юноша не вырвался из своих скитаний между разъехавшимися отцом, страдающим бредовым психозом, и матерью, предпочитавшей старшего брата.

**ПСИХАСТЕНИЧЕСКАЯ АКЦЕНТУАЦИЯ —
ВОСПИТАНИЕ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ
МОРАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ —
ПСИХОПАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
ПО ПСИХАСТЕНИЧЕСКОМУ ТИПУ**

Описывая обсессивное развитие у детей и подростков, Г. Е. Сухарева (1959) отметила, что способствовать этому развитию может особая ситуация в семье.

Положение старшего в трудных бытовых и материальных условиях, необходимость заботиться о младших братьях и сестрах или ухаживать за беспомощными стариками — все это предъявляет требования к чрезмерному, недетскому чувству ответственности за других и за свое поведение. Сходная ситуация складывается иногда, когда от ребенка требуют только отличной учебы в школе, непосильной для него.

Не для всех детей и подростков подобная ситуация повышенной ответственности оказывается пагубной, способной подтолкнуть к психастеническому развитию. Подросток с акцентуацией по неустойчивому типу отнесется к возложенной на него подобной роли с полным небрежением. На фоне гипертимных или эпилептоидных задатков данная ситуация может укрепить лидерские черты или стремление властвовать. Лабильного подростка чрезмерная ответственность будет крайне тяготить и он постарается всячески ее избежать. Подросток с истероидной акцентуацией, в лучшем случае поиграв немного роль заботливого опекуна и убедившись, что отсутствуют восхищенные его усердием зрители, забросит или возненавидит объект своей опеки.

Но для психастенической акцентуации требования к чувству ответственности являются ударом по месту наименьшего сопротивления. Григорий С. (стр. 118) может послужить примером психопатического развития по психастеническому типу в условиях воспитания с повышенной моральной ответственностью.

**ЭПИЛЕПТОИДНАЯ ИЛИ КОНФОРМНАЯ
АКЦЕНТУАЦИЯ — ВОСПИТАНИЕ В УСЛОВИЯХ
ЖЕСТОКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ —
ПСИХОПАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
ПО ЭПИЛЕПТОИДНОМУ ТИПУ**

Н. И. Озерецкий (1932), обследуя подростков-беспризорников двадцатых годов — одного из тяжелых последствий гражданской войны и разрухи — отметил, что их образ жизни способствует «искусственной эпилептоидизации» характера. Господствовавшие в среде беспризорников жестокие взаимоотношения с расправами за непослушание вожаку, с издевательствами сильных над слабыми, с необходимостью каждодневно добывать себе

пищу и место для ночлега, всегда быть начеку и уметь постоять за себя — все это толкало к подобной эпилептоидизации, которая могла, например, замаскировать шизоидные черты. Однако далеко не на всех беспризорных среда откладывала подобную эпилептоидную печать. По данным Н. И. Озерецкого, среди них встречались и типичные циклоиды, и шизоиды, и «реактивно-лабильные», и истероиды. Видимо, определенное значение в такой эпилептоидизации имела особого рода почва. Только четвертая часть эпилептоидных подростков была оценена Н. И. Озерецким как психопатия, остальные — как «трудные варианты нормы».

В наше время с воспитанием в условиях жестоких взаимоотношений приходится встречаться редко. Тем не менее в некоторых крайне неблагоприятных семьях, с алкоголизацией обоих родителей, у детей деградированных матерей-одиночек детство и отрочество могут протекать не просто в условиях безнадзорности, но и жестокого обращения. Под этим следует понимать не только телесные наказания и физические расправы, но и господствующую в семье атмосферу душевной жестокости друг к другу, заброшенность не только в отношении воспитания, но и физическую, когда с ранних лет ребенку приходится заботиться о себе, о пище, о самом необходимом самому. Г. Е. Сухарева (1959) обозначила изменения характера детей в таких условиях, как «агрессивно-защитный тип».

К сожалению, в некоторых специальных учреждениях для трудных и делинквентных подростков, несмотря на материальную обеспеченность и строго регламентированный режим, между самими воспитанниками возникает и культивируется система жестоких взаимоотношений, в определенной мере сходная с описанной Н. И. Озерецким. Воспитателям не всегда удается разрушить эту систему. Не случайно лабильные, истероидные и шизоидные подростки, несмотря на делинквентность, нередко отчаянно пытаются вырваться из таких учреждений, прибегая для этого к любым мерам, вплоть до повторных суицидных попыток или симуляции гомосексуальных склонностей.

В случаях тяжелых «ядерных» эпилептоидных психопатий также часто детство проходит в атмосфере жестокости (пьяница-отец, издевающийся над женой и детьми и т. п.). В этих случаях подобное влияние среды

способствует тому, что психопатия может достигать тяжелых степеней. Ниже приводится случай психопатического развития эпилептоидного типа.

Сергей К., 15 лет. Мать ведет аморальный образ жизни, судом лишена родительских прав, попала в тюрьму, когда сын был еще маленьким. Отец развелся с нею, впоследствии еще дважды женился и разводился. Сурово обращался с сыном. Часто уезжал в дальние командировки, оставляя сына в разных детских учреждениях. В возрасте около года Сергей перенес полиомиелит, остался атрофический парез правой руки и ноги. С детства был труден, бил ребят, которые дразнили его калекой, отнимал или лестью выманивал у них сладости и игрушки, которых сам был лишен. С 6 лет начались побеги — сперва из детских учреждений (санаторий, интернат), позже из дому от отца из-за суровых расправ за проступки. В возрасте 9 лет около года жил с матерью, вышедшей из тюрьмы, но вскоре снова туда попавшей. Был свидетелем пьяных оргий и разврата — мать с улицы приводила к себе пьяных мужчин. Стал лживым, изворотливым, издевался над слабыми, угождал перед сильными. В возрасте 7 лет и 10—11 лет жил у бабушки на Кавказе. В эти годы совершенно менялся: от бабушки никогда не убегал, тепло к ней относился, помогал ей в хозяйстве, хорошо учился в школе. Вследствие тяжелой болезни бабушки был возвращен к отцу. При намерении отца поместить его в интернат грозил повешением. В интернате его дразнили, бил за это младших и слабых. После наказания, которое посчитал несправедливым, пытался избить повешение. Был направлен в детскую психиатрическую больницу, где вел себя нагло и развязно с младшим персоналом, лгиво с врачами, бил беспомощных и слабых. Был выписан к отцу. Совершил от него несколько долгих побегов — странствовал по Кавказу, познакомился с уголовниками, не раз попадал в детские приемники, но оттуда бежал. При последнем задержании были отобраны патроны и самодельный нож. О жизни в побегах не рассказывает, настораживается.

После трехмесячного побега был привезен в подростковую психиатрическую клинику. Здесь хорошо учитывает ситуацию, лестью и назойливостью старается добыть себе всяческие льготы, хитер и изворотлив, сам никогда не нарушает режима, но подначивает других, отнимает передачи у слабых. Пристально блюдет свои интересы, заботится о своих вещах. В беседе нетороплив, обстоятелен, обдумывает ответы. Тепло вспоминает о бабушке, отца винит в жестоком к нему отношении. Утверждает, что сам бьет только тех, кто его дразнит. Заявил, что алкоголь употребляет изредка с приятелями — не более стакана вина в один прием. Пьяным напиваться не любит. Сексуальную жизнь отрицает. Признался, что прошлым летом в пионерском лагере влюбился в одну девочку, дружил с ней. Когда осенью в городе увидел ее с другим мальчиком, охватила ревность, позвонил ей по телефону и пригрозил, что ее убьет. Любит читать, предпочитает историческую и военную литературу, хорошо передает содержание прочитанного. Несмотря на атрофический парез, физически развит, силен, крепок, приземист, мужественного склада. Кроме указанного пареза, при неврологическом осмотре других отклонений не выявлено.

Там же с
взяться по
расте.

ГЛАВА VII
ОРГАНИЧЕСКИ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ
И КРИТЕРИИ ДИ

В начале д
лита Экономо
ших это заболе
тера, расстрой
свойственные т
патоподобные
головного мозга
следований.

В настоящее
психопатии и пси
ских заболеваний
Г. Е. Сухарева,
пидес, 1968; В.
1971; А. У. Гайс
ческим психопат
ловленные прена
вые 2—3 года
головного мозга
ционном отноше
ход дальнейшего
ление характера
врежденным. Па
триутробных, тра
беременных, род
2—3 года жизни
болезня мозга
когда мозг, в осн
органических пси
менения характер
ные нарушения
ного мозга. Конеч

Таковы основные линии, по которым может осуществляться психопатическое развитие в подростковом возрасте.

ГЛАВА VI

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХОПАТИИ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

В начале двадцатых годов после эпидемии энцефалита Экономо было обращено внимание, что у перенесших это заболевание могут возникать изменения характера, расстройство влечений и другие отклонения, свойственные тяжелым психопатиям. С тех пор психопатоподобные картины при органических поражениях головного мозга стали предметом многочисленных исследований.

В настоящее время разграничиваются органические психопатии и психопатоподобные изменения при органических заболеваниях головного мозга (М. С. Певзнер, 1941; Г. Е. Сухарева, 1959, 1972; И. Л. Кулев, 1964; М. И. Лапидес, 1968; В. А. Гурьева, 1971; Б. В. Шостакович, 1971; А. У. Гайфулин, Т. К. Хаметова, 1974). К органическим психопатиям относят изменения характера, обусловленные пренатальными, натальными и ранними (первые 2—3 года жизни) постнатальными поражениями головного мозга. Эти поражения падают на период, когда головной мозг и особенно его молодые в эволюционном отношении отделы еще не сформированы. Весь ход дальнейшего развития мозговых систем, все становление характера и личности в целом оказывается поврежденным. Патогенными факторами могут быть внутриутробные травмы и инфекции, тяжелые токсикозы беременных, родовые травмы, асфиксия в родах, черепно-мозговые травмы и мозговые инфекции в первые 2—3 года жизни. Тяжелые травмы и инфекционные заболевания мозга, падающие на более старший возраст, когда мозг, в основном, уже сформирован, в отличие от органических психопатий, вызывают несколько иные изменения характера, обозначаемые, как психопатоподобные нарушения при органических заболеваниях головного мозга. Конечно, это разграничение условно. Травмы

и мозговые инфекции в старшем возрасте могут падать на почву, уже органически измененную пренатальными, натальными и ранними постнатальными вредностями и играть роль второго удара. Тогда вслед за ними может развернуться картина органической психопатии.

На органические психопатии падает значительная доля от общего числа психопатий у подростков — 18—24% (Н. И. Фелинская, 1965; В. Я. Гиндикин, 1968, 1971).

Катамнезы свидетельствуют о малой обратимости органической психопатии — только 15% после пубертатного периода обнаруживают удовлетворительную адаптацию (В. А. Гурьева, 1971). Весьма существенной оказалась роль травм черепа в генезе психопатий по материалам военно-врачебной экспертизы (Н. Н. Тимофеев, 1957, 1958).

По нашим данным, органическая психопатия составила 29% от числа психопатий в подростковом возрасте. Соотношение же тяжелых, выраженных и умеренных степеней при органических психопатиях примерно такое же, как при ядерных.

Клиническая картина органических психопатий наиболее детально описана у детей и подростков (М. С. Певзнер, 1941; Bilikiewicz, 1957; Г. Е. Сухарева, 1959; О. В. Кербиков, 1962; М. И. Липидес, 1968, 1973; В. А. Гурьева, 1971). Выделены несколько вариантов, которые, однако, не обнаруживают четкой связи ни с причиной, ни с локализацией поражения мозга. Среди этих вариантов в подростковом возрасте чаще всего встречаются следующие: 1) сходный с неустойчивым типом психопатии, 2) сходный с эпилептоидной психопатией, 3) с шизоидной психопатией (атоническая форма по С. С. Мнухину, 1968), 4) с доминированием грубых расстройств инстинктов и влечений. Последний вариант часто сочетается со снижением интеллекта и по сути дела представляет собой форму дебильности с психопатоподобными нарушениями. По нашим данным, среди органических психопатий у подростков неустойчивоподобный тип составляет 70%, эпилептоидоподобный — 20% и шизоидоподобный — 10%.

Что же может служить критерием для диагностики органического происхождения психопатии? Таких критериев несколько:

1. Клиническая картина изменений характера и нарушений поведения, которая напоминает некоторые из описанных типов психопатий, но не укладывается полностью ни в один из них и имеет специфические отличия.

2. Наличие в анамнезе явных внутриутробных, родовых и ранних постнатальных (первые два-три года жизни) вредностей — таких, как черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции, тяжелые интоксикации и т. п.

3. Наличие резидуальной неврологической «микросимптоматики», чаще в виде глазодвигательных нарушений, асимметрии лицевой иннервации, неравномерности или диффузного повышения сухожильных рефлексов, неравномерности или отсутствия брюшных или подошвенных рефлексов, а также в виде нерезко выраженных дизэнцефальных нарушений — всей той совокупности неврологических отклонений, которые в современной англо-американской литературе получили название «минимального мозгового поражения» (minimal brain damage).

4. Обнаружение с помощью вспомогательных диагностических методов резидуальных признаков органического поражения головного мозга — спаечных процессов, гидроцефалии на пневмоэнцефалограмме, признаков повышения внутричерепного давления или аномалий оссификации на рентгенограмме черепа, патологических изменений на электроэнцефалограмме, положительных дизэнцефальных проб и т. п.

Ни один из указанных признаков сам по себе не может быть достаточным для диагноза органической психопатии. Первый критерий — специфика картины изменений характера и поведения — наиболее важен. Без него нет оснований для диагноза, даже при соответствии случая всем остальным критериям, так как не всякое органическое поражение ведет к психопатии. Однако только по картине нарушений характера и поведения трудно бывает с уверенностью дифференцировать с «ядерными» психопатиями, особенно при смешанных типах.

Об органической психопатии можно говорить, если соответствие первому критерию дополняется соответствием хотя бы одному-двум другим.

НЕУСТОЙЧИВОПОДОБНЫЙ ТИП

Среди клинических вариантов органических психопатий у подростков чаще всего встречается картина, сочетающая в себе отдельные черты неустойчивого, истероидного, эпилептоидного и гипертимного типов в разных пропорциях. При этом черты, обуславливающие сходство с неустойчивым типом, бывают представлены чаще и больше других.

С раннего детства обнаруживается необычная крикливость, безудержность, непоседливость, постоянное стремление к движению. Мимика поражает грубой выразительностью. Долго сохраняется младенческая привычка тянуться ко всем новым предметам, попавшим на глаза, все хватать руками. Внимание быстро перебегает с предмета на предмет. Такие дети ни минуты не остаются в покое, всюду лезут, приходится слышать, что в детстве их привязывали к кровати, к стулу и т. п. Несмотря на подвижность, моторные навыки развиваются с некоторым запозданием. Ходить и говорить они начинают несколько позже обычного. Трудно прививаются элементарные навыки самообслуживания — позже сверстников они научаются одеваться, мыться, шнуровать ботинки. Школа с первых дней становится мучением для них, а они — для школы. Не в силах выдержать урока, они вскакивают, ходят по классу, отвечают за других, залезают играть под парту, шумят. При удовлетворительных способностях для них бывает невыносимым сколько-нибудь продолжительное умственное напряжение. Пишут они грязно, неряшливо, их книги и тетради замызганы, а одежда вечно испачкана. Главное, что их отличает в детстве — крайнее затруднение выработки тормозов. Всякое «нельзя» дается с огромным трудом и легко нарушается. Все желания должны быть исполнены сию же минуту. Именно поэтому подобный тип органической психопатии получил название «бестормозный».

Кроме того, в детстве нередко отмечаются невротические симптомы — плохой сон, крайняя возбудимость. Ночной энурез может держаться и в школьные годы.

С начала пубертатного периода картина моторной бестормозности сменяется неустойчивостью поведения. Чрезмерная подвижность, шумливость сглаживаются.

Внешне подростки могут становиться даже несколько вяловатыми.

Школьные прогулы, тяга в асоциальные подростковые компании, жажда легких развлечений, шумных сборищ и зрелищ, нежелание трудиться, отсутствие реальных планов на будущее, непереносимость одиночества вследствие неумения занять себя, склонность к азартным играм, побеги из дому и другие признаки неустойчивой психопатии обычно выступают на первый план. Однако от настоящих неустойчивых отличает большая эмоциональность, нередко теплая привязанность к близким, минутные угрызения совести за совершенные проступки. Их трусливость в отчаянные минуты достигает паники и она же может вдруг оборачиваться безрассудной отвагой. Суровый дисциплинарный режим ими переносится плохо. Возникают бурные протестные реакции.

Алкоголь не дает настоящей эйфории, легко возникает дурнота, плохое самочувствие, головные боли, слезливость или раздражительная гневливость — несмотря на это попытки алкоголизации повторяются многократно. Даже курение табака может вызывать дурноту, головную боль, рвоту — поэтому пристрастия к курению обычно не развивается.

Нередко постоянно господствует эйфорический фон настроения. Бурные аффекты на попытку ограничить «свободу», любопытство, легкая смена интересов, склонность к переоценке себя и своих возможностей еще более создают сходство с гипертимным типом. Но отсутствует высокий жизненный тонус гипертимов — их бодрость, энергия, выносливость к тяжелым нагрузкам. В стремлении к лидерству успеха не достигается. Вместо ранней и сильной сексуальной активности чаще приходится видеть только упорный онанизм или пассивное вовлечение в сексуальную жизнь подростковой группой. Нет также свойственной гипертиму хорошей самооценки. Хотя правильно отмечается и привязанность к родным и частые ссоры с ними, и легкость конфликтов с окружающими, и быстрота примирений, отрицается сильное сексуальное влечение; но о других чертах характера имеется весьма искаженное представление (стойкость к неудачам, нежелание искать ни сочувствия, ни помощи и т. п.).

Неудачи, трудные ситуации, обиды на близких могут быть причиной истерических реакций, вплоть до припадков. Эйфорический фон настроения располагает к бахвальству и хвастовству — истероидные черты нередко вкрапливаются в описываемую картину. Однако в отличие от истероидов здесь отсутствует всегда и за всем стоящий эгоцентризм, нет жажды повышенной оценки, стремления всегда и всюду обратить на себя внимание. Хвастовство отличается банальностью и не возвышается до уровня богато раскрашенных фантазий и выдумок, нет и тонкого артистизма, вживания в придуманную роль, способных ввести в заблуждение собеседника. Не обнаруживается и особой склонности к демонстративному суицидальному поведению. Суицидные попытки относительно редки и совершаются по типу острой аффективной реакции.

Наконец, иногда аффективная взрывчатость, неужимимость во гневе напоминает эпилептоидов, но она не сопровождается ни продолжительными дисфориями, ни медлительной тяжеловесностью движений и мышления, ни напряженностью влечений, ни склонностью к аккуратности, педантизму, бережливости, ни другими свойствами эпилептоидного характера. Аффекты же истощаются столь же быстро, как и возникают.

ЭПИЛЕПТОИДОПОДОБНЫЙ ТИП

Этот тип встречается значительно реже неустойчивоподобного. Его дифференциальная диагностика с эпилептоидным типом бывает затруднена, так как в последнем случае также могут отмечаться пренатальные, натальные и ранние постнатальные вредности (правда, без особых последствий в детском возрасте), а при осмотре также может выявляться неврологическая «микросимптоматика». Тем не менее только этого, как было указано, нам представляется недостаточным для констатации органической природы психопатии, если в картине изменений характера и нарушений поведения не звучит «органический радикал».

Две эпилептоидные черты выступают на первый план — аффективная взрывчатость и (или) усиление и аномалии влечений. Дисфорические приступы для эпилептоидоподобного типа не характерны, колебания

настроения не имеют строгой периодичности. Аффекты отличаются бурной вспышкой и быстрым истощением, гнев и ярость легко сменяются слезами и жалобами (М. С. Певзнер, 1941; Г. Е. Сухарева, 1959; М. И. Ланидес, 1973). Если аффект эндогенного эпилептоида можно сравнить со взрывом парового котла, медленно накипающего, внезапно разрывающегося и еще долго дышащего горячим паром, то аффект эпилептоидоподобного органика скорее похож на вспышку пороха — от взрыва остается лишь быстро рассеивающийся дым.

Нарушения влечений более сходны со встречающимися у эпилептоидов. Чаше других встречаются садистические стремления. Один подросток получал наслаждение, видя страх на лице матери, когда замахивался на нее молотком, другой с этой целью махал перед матерью ножом, третий с силой бросал мать на диван, а бабушку придавливал «стальным зажимом». Нередки девиации сексуального влечения. Один наслаждался, силком раздевая догола девочек, младше и слабее его, другой добивался сладострастного ощущения, часами раскачивая головой из стороны в сторону, третий онанировал, переодевшись в женское платье. Встречается также гомосексуальность, обычно в активной форме, дромомания и пиромания (см. Алексей И. на стр. 52).

В отличие от неустойчивоподобных органиков, алкоголизация может довольно быстро приобретать характер патологического пристрастия. Хотя опьянения протекают обычно тяжело, с возбуждением, яростью, агрессией, желанием всех бить и все крушить, тем не менее легко возникает потребность напиваться «до отключения».

Очень обидчивые, требовательные, неуживчивые подростки этого типа все же не обнаруживают целого ряда неотъемлемых качеств эпилептоидного характера. Вместо тяжелой медлительности движений можно видеть суетливость, непоседливость, вместо неторопливой обстоятельности высказываний — болтливость, вместо аккуратности и педантизма — неряшливость и даже нечистоплотность. Бурные аффекты в ответ на попытки со стороны покуситься на их собственность и интересы сочетаются с небрежливостью их самих в отношении тех же вещей и самоличным пренебрежением теми же интересами.

Нередко при эпилептоидоподобном типе органической психопатии приходится встречать изрядную примесь истероидности. Последняя более всего проявляется в демонстративном суицидальном поведении или в украшающей личность фантазировании.

ШИЗОИДОПОДОБНЫЙ ТИП

На возможность органического происхождения шизоидных психопатий было указано Г. Е. Сухаревой (1925). Но выделен этот тип был С. С. Мнухиным (1968) в качестве одного из вариантов органической психопатии, названного «атонической формой». Дальнейшие описания также принадлежат ему и его ученикам (С. С. Мнухин, Д. Н. Исаев, 1969; Д. Н. Исаев, В. Е. Каган, 1973). Встречается этот тип довольно редко и, видимо, поэтому не включался в другие систематики органических психопатий. Возможно также, что его картина трактовалась как постпроцессуальный дефект после незаметно или в младенческом возрасте перенесенного шизофренического шуба, хотя мало вероятно, чтобы шуб, оставивший органический след, прошел незамеченным.

Замкнутость, чуждаемость, странность («Verschroben») сочетаются с недоразвитием моторики, неловкостью, сравнительно невысоким интеллектом и «заумностью», витиеватостью в мышлении. Отмечается также недостаточность пространственно-временных представлений, слабые успехи в арифметике и геометрии. Среди патогенных факторов доминируют тяжелые токсикозы беременных, множество инфекционных и соматических заболеваний в первые два года жизни. Резидуальная неврологическая микросимптоматика нередко сочетается с изменениями на ЭЭГ, свидетельствующими о патологии глубоких мозговых структур. На пневмоэнцефалограмме удается обнаружить признаки внутренней водянки, дислокации мозговых желудочков, атрофических процессов в лобных или лобно-теменных областях. Что же в картине соматической патологии?

Что же в картине самой шизоидности отличает шизоидоподобный вариант органической психопатии? Это — сочетание замкну-

Это — сочетание замкнутости и сенситивности с вялой пассивностью, с одной стороны, и аффективной раздражительности в отношении некоторых близких, с дру-

гой. Невысокий интеллект с избирательной недостаточностью оценки времени и пространства, не соответствующая возрасту примитивность фантазий, инфантильность интересов и увлечений (здесь нет шизоидного богатства внутреннего мира) дополняет эти отличия. Все остальные признаки шизоидного типа могут быть представлены в разной степени.

Александр Г., 14 лет. Наследственность отягощена — бабка по матери больна шизофренией. Отец — алкоголик, два года как сидит в тюрьме за хулиганство и дебоши. Мать страдает неврастенией, лечилась в клинике неврозов. Беременность наступила от пьяного отца. Роды без патологии. В первые годы жизни много болел — диспепсия, рахит, хронический гнойный отит, в 6 лет — дизентерия, в 12 лет — сотрясение мозга, пролежал в больнице несколько недель. До 10 лет — ночной энурез.

С детства вял, пассивен, необщителен, ни к чему не проявлял особого интереса. Играл один, детей сторонился, в школьные годы стал играть с малышами. Любит рисовать, сам с собой играет в шашки. В 7—9 лет страшился темноты, не хотел один оставаться в комнате. Всегда очень боялся отца. К матери относился довольно холодно, с бабушкой ссорился, лез в драку. В школе — тих, незаметен, послушен, к учебе не проявляет никакого интереса, пассивно выполняет задания, плохо дается математика, дублировал 1 и 6 классы, сейчас учится в 7-м. Сторонился товарищей, не участвовал в школьной жизни, «после звонка — сразу домой». Во дворе дома играл с малышами. По словам матери, с 12 лет стал часто запирается в ванной — занимается онанизмом.

В детской психиатрической больнице также тих и незаметен, держится в стороне или играет с малышами. В контакт с врачом вступает с трудом, считает себя стеснительным, жалуется на плохую память и быстрое утомление на занятиях, соглашается, что ленив и пассивен. Любит читать книги для детей младшего возраста и мечтать о приключениях.

При обследовании интеллекта обнаружен скудный запас сведений, трудность при выполнении счетных операций. По методу Векслера оценка равна 104 (вербальный индекс — 99, невербальный — 108). Логопедическое обследование выявило дизлексию и дизграфию. На ЭЭГ и при неврологическом осмотре — без патологии. Отмечается ожирение, плоская сахарная кривая, нерезко положительная температурная диэнцефальная проба. Физическое и сексуальное развитие несколько опережает возраст (тенденция к акцелерации).

Диагноз. Органическая психопатия (II степень). Шизоидоподобный тип.

Природа этого относительно редкого типа органической психопатии остается неясной. Наслаивается ли здесь резидуальная органика на генетическую шизоидность или шизоидоподобная картина связана с особенностями локализации органического поражения — обе гипотезы допустимы в равной степени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поколение подростков шестидесятых-семидесятых годов выросло через один-два десятка лет после того, как отошли в прошлое ужасы второй мировой войны и трудные, для многих полуголодные, первые годы послевоенного восстановления. Это поколение, родилось и росло во времена, наконец, наступившей сытости, достатка, быстро растущих потребностей и кипучей, насыщенной событиями, полной напряженного темпа жизни, когда здоровью и развитию детей и подростков стали уделяться небывалые дотоле внимание, заботы и средства.

Неожиданно для старших именно это поколение оказалось наиболее трудным для воспитания.

Психиатрия, как одна из самых социальных областей медицины, возможно, почувствовала особенности нового поколения подростков одной из первых. Интересно, что биосоциальные сдвиги, происшедшие в этом поколении, почти не отразились на развернутых картинах эндогенных психозов. Течение и проявления «ядерной» шизофрении у подростков в описаниях последних лет мало отличаются от того, что было известно об этом в прежние годы. Редкий в подростковом возрасте маниакально-депрессивный психоз не стал заметно более частым. Новое обнаружилось там, где патология теснее всего соприкасается с нормой — в области так называемых пограничных состояний и прежде всего в той их части, где наиболее ярко выступают нарушения характера и поведения, т. е. при психопатиях и психопатоподобных расстройствах. В итоге психопатии и психопатоподобные нарушения поведения стали одной из главных областей подростковой психиатрии. Более двух третей госпитализированных в психиатрические стационары подростков и еще большая доля наблюдаемых

психоневрологиче
области.

Если попытат
тях и психопат
то можно выдети

Во-первых, э
формы патологии
риантов нормы. I

тера. Пубертатны
вать их различия
тера вероятнее в
обусловленность.

живает, или поде
влияниями крайн
могут переступать

гии — тогда акце
пунктом для псих
ные психопатии»)

Во-вторых, это
хопатий и акценту
ных характеров, и

ций одного типа в
закономерностей

В-третьих, это
тий и психопатоп
или органическим

в раннем онтоген
не завершено, ил
заболеваний.

Если психопат
ном, тип исходно
его под ситуативн

нения мозга и пр
чаще создают ли
тий и акцентуаци

Изложенные в
быть представле
схемы (табл. 5).

Классификаци
как и всякая сист
нее труд, если от
ского использова
патиями и акцен

психоневрологическими диспансерами относится к этой области.

Если попытаться обобщить все сказанное о психопатиях и психопатоподобных нарушениях у подростков, то можно выделить три узловых вопроса.

Во-первых, это — разграничение психопатий как формы патологии от примыкающих к ним крайних вариантов нормы, названных нами акцентуациями характера. Пубертатный период на время может затушевать их различия. И психопатии, и акцентуации характера вероятнее всего имеют эндогенную, генетическую обусловленность. Влияние среды их заостряет или сглаживает, или подвергает трансформации. Под этими влияниями крайние варианты нормы — акцентуации — могут переступать грань, отделяющую область патологии — тогда акцентуации могут служить отправным пунктом для психопатического развития («приобретенные психопатии»).

Во-вторых, это — разграничение основных типов психопатий и акцентуаций, типов аномальных или девиантных характеров, изучение их взаимосвязи, трансформаций одного типа в другой в силу конституциональных закономерностей или ситуативных воздействий.

В-третьих, это — разграничение «ядерных» психопатий и психопатоподобных расстройств, обусловленных или органическими изменениями в мозгу, возникшими в раннем онтогенезе, когда формирование мозга еще не завершено, или вследствие эндогенных психических заболеваний.

Если психопатическое развитие сохраняет, в основном, тип исходной акцентуации, лишь отчасти изменяя его под ситуативными влияниями, то органические изменения мозга и процессуальные психические заболевания чаще создают лишь подобие некоторым типам психопатий и акцентуаций.

Изложенные взаимоотношения типов и форм могут быть представлены в виде следующей обобщающей схемы (табл. 5).

Классификация типов психопатий и акцентуаций, как и всякая систематика, оправдывает затраченный на нее труд, если открывает перспективы для ее практического использования. Дифференциация между психопатиями и акцентуациями, разделение психопатий по

Таблица 5

Типы характеров при психопатиях и акцентуациях

Акцентуации	Психопатии	Психопатические развития	Органические психопатии
Гипертимная Гипертимно-неустойчивая Гипертимно-истероидная	— Гипертимно-неустойчивая Гипертимно-истероидная Гипертимно-аффективная	— Гипертимно-неустойчивое Гипертимно-истероидное —	— — — —
Циклоидная: типичная лабильная	Вопрос дискуссионен	— —	— —
Лабильная Лабильно-истероидная	Лабильно-аффективная Лабильно-истероидная	— Лабильно-истероидное	— —
Астено-невротическая	—	Астено-невротическое	—
Сенситивная Сенситивно-лабильная	Сенситивная Сенситивно-лабильная	Сенситивное Сенситивно-лабильное	— —
Психастеническая	Психастеническая	Психастеническое	—
Шизоидная	Шизоидная	—	Шизоидоподобная
Эпилептоидная Эпилептоидно-истероидная	Эпилептоидная Эпилептоидно-истероидная	Эпилептоидное —	Эпилептоидоподобная
Истероидная Истероидно-неустойчивая	Истероидная Истероидно-неустойчивая	Истероидное Истероидно-неустойчивое	
Неустойчивая	Неустойчивая	Неустойчивое	Неустойчивоподобная
Конформная	—	Конформно-неустойчивое	
Конформно-гипертимная	—	—	

степени тяжести и акцентуаций по степени выраженности служат прежде всего делу прогноза и связанным с ним вопросам экспертной практики. Довольно сложная систематика типов психопатий и акцентуаций, привлекающая внимание к особенностям, отличающим внешне

сходные в
от неустой
но-истеро
назначено
правильны
эффективн
дать нуж
Если эта ц
самые изо
описания, с
смысл.

Биологи
туациях ха
Психотропи
в период де
того, чтобы
излишнюю
наоборот, н
тонус. Но и
благоприятн
рапевтическ
чаях умерен
уже создани
для того, чт
психологичес
с трудностями
удачной пси
ческих реак
легче, быстр
стойкой ада
чение бывае
тяжелых и
касается пси
пертимно-аф
рые случаи
добный вари
использовать
дозы нейроле
ванно исполь
разных типа
1973; Ю. А.
случаях пока
индивидуальн

сходные варианты, например гипертимно-неустойчивый от неустойчивого, шизондный от сенситивного, лабильно-истероидный от истероидного и т. п. — все это предназначено для решения главной задачи — отыскать правильные терапевтические и профилактические пути, эффективнее использовать разные формы психотерапии, дать нужные медико-педагогические рекомендации. Если эта цель всегда и везде не видится перед собой, самые изощренные наблюдения, самые обстоятельные описания, самые детальные систематики теряют свой смысл.

Биологическая терапия при психопатиях и акцентуациях характера имеет ограниченное применение. Психотропные средства могут с успехом использоваться в период декомпенсаций или реактивных состояний для того, чтобы снять аффективное напряжение, устранить излишнюю возбудимость, тревогу или депрессию, или, наоборот, несколько стимулировать слишком упавший тонус. Но и здесь эти средства способны лишь создать благоприятный эмоциональный фон для социо-психотерапевтических воздействий. Правда, в некоторых случаях умеренных психопатий и особенно акцентуаций уже создание такого фона оказывается достаточным для того, чтобы подросток сам, без специальных социо-психологических терапевтических влияний справился с трудностями и адаптировался к ситуации. Однако при удачной психотерапии и правильных медико-педагогических рекомендациях этот процесс осуществляется легче, быстрее и позволяет достичь лучшей и более стойкой адаптации. Продолжительное лекарственное лечение бывает необходимым при некоторых вариантах тяжелых и выраженных психопатий. Это прежде всего касается психопатий с аффективной взрывчатостью (гипертимно-аффективный, лабильно-аффективный, некоторые случаи эпилептоидной психопатии, эпилептоидоподобный вариант органической психопатии), когда могут использоваться как транквилизаторы, так и небольшие дозы нейролептиков. Делаются попытки дифференцированно использовать разные психотропные средства при разных типах психопатий (Ю. А. Александровский, 1973; Ю. А. Строгонов, 1972, 1974). Однако во многих случаях пока что эти средства приходится подбирать индивидуально, *ex juvantibus*. Для длительного лечения

при повышенной аффективности лучше всего использовать меллерил (сонапакс) и тазепам. У циклоидных подростков в субдепрессивной фазе достаточно действенным оказался сиднокарб. При длительном лекарственном лечении следует не забывать о том, что оно предназначено для того, чтобы подготовить почву для социотерапии в широком смысле этого слова.

Особенности всех видов психотерапии и вообще социотерапии при психопатиях и психопатоподобных нарушениях поведения у подростков могли бы составить предмет специальной монографии. Следует заметить, что семейная психотерапия и взаимоотношение с родными занимают здесь особо важное место (Э. Г. Эйдемиллер, 1972, 1974). Здесь мы ограничимся лишь некоторыми рекомендациями — как учитывать тип психопатий и акцентуаций при психотерапевтическом подходе и медико-педагогических мероприятиях.

Гипертимный подросток, благодаря своей общительности, не представляет особых трудностей для первого контакта. Этот контакт становится доверительным, если подросток чувствует доброжелательное отношение к себе, искренний интерес к его проблемам, стремление вместе искать выход из сложившейся ситуации. В поисках контакта не следует подделываться и подлаживаться под подростковую среду, демонстрировать равенство в отношениях. Принцип партнерства в системе отношений врач — подросток вовсе не означает равенства. Рольевые функции партнеров различны (М. М. Кабанов, 1973). Гипертимный подросток скорее располагает к врачу, если чувствует в нем независимую, самостоятельную личность. Адаптация такого подростка лучше осуществляется в среде, где открываются возможности для реализации его бурной энергии, инициативы, широких контактов, удовлетворения разнообразных увлечений. Общество несколько более старшей по возрасту молодежи полезно для такого подростка. Здесь он готов уступить лидерство, избавляясь от чрезмерной опеки взрослых. Молодежные трудовые лагеря, общество старших, но молодых товарищей, туристские походы, участие в экспедициях нередко привлекает гипертима. Обстановка закрытых подростковых учреждений со строгим и размеренным режимом, да еще с монотонным, кропотливым трудом плохо переносится ги-

пертимным подростком
и с воспитателями
сверстниками
комендации
тера — большой
возможность проявлять
Иной подход
типа. Здесь неос
водство. Сила и
Строгий, неукосни
ный надзор, стр
ступки — все это
нарушений поведе
печить должный
ролкам полезно
со строгим режим
Отношение к
особенно гибким.
гипертимы и треб
субдепрессивный
ким, что неудачи
не должны вызыва
что угрюмая разд
гнев и негодование
без излишних эмо
лоидные подростки
нии. Им надо объ
лить уверенность,
Оставаясь иногда
ободрения в субде
ролки тем не мен
минования этого п
силы подобны бал
лонности спешит
в субдепрессивной
лизаторами или мя
карба.
Лабильные подро
самый благоприят
ловии, что они вст
ность. Если устанав
ные подростки жаж
инициативе охотно

пертимными подростками. Быстро нарастают конфликты и с воспитателями (стремление к эмансипации) и со сверстниками (стремление к лидерству). Трудовые рекомендации должны учитывать особенности характера — большой коллектив, разнообразная работа, возможность проявить инициативу, смена обстановки.

Иной подход требуется к подростку неустойчивого типа. Здесь необходимо твердое, даже властное руководство. Сила и власть — главное перед чем он сдается. Строгий, неукоснительно соблюдаемый режим, неусыпный надзор, страх неизбежности наказаний за проступки — все это лучшие гарантии для предупреждения нарушений поведения. Семья нередко неспособна обеспечить должный контроль. Поэтому неустойчивым подросткам полезно пребывание в закрытых учреждениях со строгим режимом и трудовой обстановкой вокруг.

Отношение к циклоидным подросткам должно быть особенно гибким. В период подъема они ведут себя как гипертимы и требуют такого же отношения. Иное дело субдепрессивный период. Необходимо разъяснить близким, что неудачи и промахи подростка в это время не должны вызывать нареканий, а тем более наказаний, что угрюмая раздражительность должна встречать не гнев и негодование, а спокойное, ровное, теплое, но без излишних эмоций отношение. В период спада циклоидные подростки особенно нуждаются в психотерапии. Им надо объяснить особенность их натуры, вселить уверенность, что за спадом последует подъем. Оставаясь иногда внешне почти безучастными к словам ободрения в субдепрессивный период, циклоидные подростки тем не менее жадно впитывают их и потом, по миновании этого периода, признаются, что слова эти были подобны бальзаму. Никогда не следует при циклоидности спешить с применением антидепрессантов в субдепрессивной фазе. Лучше ограничиться транквилизаторами или мягкими стимуляторами типа сиднокарба.

Лабильные подростки представляют собой, пожалуй, самый благоприятный объект для психотерапии при условии, что они встречают искреннюю благожелательность. Если устанавливается хороший контакт, лабильные подростки жаждут его надолго сохранить, по своей инициативе охотно посещают врача, ищут у него душев-

ной поддержки в трудные минуты и даже сопереживания в радости и счастье. Постепенно их следует приучать в пасмурные минуты самим искать светлые стороны жизни. Трудовая адаптация легче осуществляется в среде, не требующей большого эмоционального напряжения.

Сенситивные подростки труднее для установления контакта, чем лабильные. Однако их замкнутость чисто внешняя и потребность поделиться переживаниями бывает достаточно велика. Разубеждению они поддаются медленно, обнаруживая недоверчивую осторожность. Ключ к первому контакту нередко удается подобрать в той сфере, где сенситивный подросток стремится к гиперкомпенсации. При установившемся контакте полезны бывают многократные продолжительные беседы, детальный перебор всех фактов и ситуаций, опровергающих как убежденность в своей неполноценности, так и мнительную тревожность из-за неблагоприятного отношения окружающих. В трудовых рекомендациях следует побуждать не страшиться неудач на пути приобретения избранной профессии, если она соответствует способностям. По нашим наблюдениям, ситуация, стимулирующая чувство ответственности за себя и за других, убеждающая в том, что сенситивный подросток «нужен другим», может способствовать его компенсации.

Психотерапии при психастении у взрослых посвящена солидная литература, подчеркивающая, в основном, преимущества рационального метода. Психастеничные подростки в интеллектуальном отношении рано взрослеют и рационально-терапевтические беседы не вызывают особых трудностей. Следует предостеречь лишь, что склонные к самоанализу и самокопанию психастенические подростки могут превращать эти беседы в процедуру бесплодного мудрствования, «словесной жвачки», отнюдь не корректирующую их поведение. Упор необходим в отношении постепенной стимуляции тех сфер, которые слабы у психастеника. Нужно пробуждать живое восприятие окружающего, умение схватить и запомнить мельком увиденное, поощрять живое фантазирование. Часто рекомендуются занятия спортом, к которому психастеник порою испытывает отвращение и где добиться каких-нибудь результатов ему очень нелегко. Иногда же

спортивные упражнения превращаются в своего рода навязчивый ритуал. Смысл же спортивных занятий для психастеника состоит в том, чтобы пробудить в нем гедоническую радость ощущения собственного тела в его силе и движении. Многие психастенические подростки отличаются тем, что ноги у них физически развиты лучше, чем руки. Поэтому спортивные занятия надо начинать с таких видов, как лыжи, велосипед, бег, прыжки и лишь затем подключать спортивные игры. Обстановка соревнований, требования каких-либо достижений пагубны для психастеника, так как быют по его слабому месту — чувству ответственности. Подобных же ситуаций — чрезмерного чувства ответственности не только за себя, но и за других следует избегать в области трудовых рекомендаций. Тренировка в отношении чувства ответственности должна быть самой постепенной и щадящей.

Истероиды в определенном отношении считаются антиподами психастеников (И. П. Павлов, 1938), но это отнюдь не означает, что весь психотерапевтический подход и все рекомендации должны строиться по противоположному принципу. Эгоцентричность истероидов облегчает первый контакт. Издавна и до сих пор еще при истерии практикуется лечение гипнозом. Как правило, этим достигается лишь устранение некоторых невротических симптомов. Гипноз при нарушениях поведения у подростков истероидно-неустойчивого типа является совершенно недейственным средством. К этому еще следует добавить, что в некоторых подростковых группах господствует ироническое отношение к гипнозу, как к устаревшим эстрадным номерам. Главную суть истероида — его эгоцентризм никакой гипноз устранить не может. Истероидные подростки представляют наиболее трудный объект и для психотерапии, и для выбора медико-педагогических рекомендаций. Приходится отыскивать ту сферу, где эгоцентрические устремления истероида безболезненно для окружающих могли бы быть удовлетворены. Если есть музыкальные или иные артистические способности, то хорошую службу может сослужить художественная самодеятельность. Возможности выбрать профессию по своим способностям часто мешает чрезвычайно высокий уровень притязаний. Важно также объяснить родным и близким, чтобы их

чрезмерное внимание к демонстративным отрицательным поступкам (нарочитой делинквентности, суицидальному шантажу и т. п.) не подкрепляло эгоцентризма. Подобное поведение не должно оставаться ни безнаказанным, ни незамеченным, оно должно встречать спокойное отрицательное отношение без сцен, скандалов, бесконечных обсуждений и т. п.

Эпилептоидные подростки в моменты тяжелой дистимии нуждаются в психотропных средствах и покое. Контакт лучше устанавливать вне периодов дистимий. Внимание эпилептоидного подростка к своему здоровью, к своему благополучию облегчает первые шаги. Беседы нужны обстоятельные и неторопливые. Совместному обсуждению сперва лучше подвергнуть положительные качества эпилептоида — любовь к порядку, аккуратность, обстоятельность, осмотрительность, трезвость расчетов, часто имеющиеся способности к ручному мастерству. Все эти качества должны учитываться и при трудовых рекомендациях. Лишь затем в самой мягкой и деликатной форме надо подойти к отрицательным свойствам эпилептоидной натуры. Взрывчатость, гневливость, несдержанность в аффекте, склонность к мрачно-раздраженному настроению признается самими подростками, если установлен доброжелательный контакт. Показав на примерах, какой ущерб для них самих наносят эти черты характера, можно посоветовать им приучать себя уходить от раздражающих ситуаций, искать в раздражении уединения, отдушины в привычном любимом занятии. Особенно следует объяснить эпилептоидному подростку опасность именно для его характера алкогольных опьянений, которые, вследствие бурных аффектов, могут иметь тяжкие последствия.

Нет ничего более трудного, чем добиться неформального контакта с шизондом. Его прихотливая избирательность в выборе симпатий и антипатий казалось бы обрекает на неудачу любые заранее заготовленные схемы. Когда все испробовано, а контакт не удается, бывает только остается переменить врача. Вначале врачу чаще всего приходится говорить самому и лучший предмет для начала — трудность контактов вообще и судьба людей, которым эти контакты трудны особенно. Признаком преодоления психологического барьера, перехода от формального контакта к неформаль-

тому служит
исключает гово
возможную
тем раскрыти
Но еще одно
димо бывает
бывает ползе
тому. Шизонд
сиях, сопряж
шумного мира
их на самую
в изолирован
стать неформа
Таковы сам
шие советы в
тики. Надо на
хиатров, психо
ков трудная
с психопатиям
акцелерирован

ному служит момент, когда шизоидный подросток вдруг начинает говорить сам, иногда на тему далекую и неожиданную. Прерывать его не следует — чем дальше, тем раскрытие может быть все более и более полным. Но еще одно свойство шизоидного подростка необходимо бывает учитывать — истощаемость контакта. Тогда бывает полезным повернуть беседу на неожиданную тему. Шизоидные подростки нередко мечтают о профессиях, сопряженных с изоляцией в малой группе от шумного мира. Они не понимают того, что это обрекает их на самую трудную для них ситуацию — контакт в изолированных малых группах безусловно должен стать неформальным. Это может вызвать срыв.

Таковы самые ориентировочные наметки, самые общие советы в отношении лечебно-педагогической тактики. Надо надеяться, что совместными усилиями психиатров, психологов, педагогов и социальных работников трудная задача хорошей адаптации подростков с психопатиями и акцентуациями характера в эпоху их акцелерированного развития будет решена.

ЛИТЕРАТУРА

- Абрамович Г. Б. Эпилепсия у детей и подростков. Л., 1965.
- Александров Ар. А. Нарушения поведения у подростков как один из критериев оценки степени психопатизации.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 37—48.
- Александров Ар. А. О делинквентном поведении при психопатиях и акцентуациях неустойчивого типа в подростковом возрасте.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 7—10.
- Александровский Ю. А. Клиническая фармакология транквилизаторов. М., 1973.
- Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. О некоторых формах девиантного поведения у подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 211—215.
- Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. Алкоголизм и нарушения поведения в подростково-юношеском возрасте.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 3. М., 1974, с. 97—99.
- Антонов В. В. О стадиях развития сексуальности у ребенка мужского пола и некоторых млекопитающих.— В кн.: Психоневрология. Психотерапия. Психология. Алма-Ата, 1972, с. 127—130.
- Архангельский А. Е. Опыт психиатрического изучения различных контингентов несовершеннолетних правонарушителей и трудных детей. Автореф. дисс. канд. Л., 1971.
- Белов В. П., Куликов Л. С., Трифонов О. А. Некоторые особенности клинической оценки невротического и патохарактерологического развития личности у детей и подростков.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии, в. 20. М., 1971, с. 80—92.
- Бехтерев В. М. Психопатия (психо-нервная раздражительная слабость) и ее отношение к вопросу о вменении. Казань, 1886.
- Бизюк А. П. Об особенностях формирования групп у подростков с различными психическими нарушениями.— В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 88—90.
- Боровский В. М. Психическая деятельность животных. М.—Л., 1936.
- Буянов М. И. Психический инфантилизм. Краткая история и современное состояние проблемы.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, в. 10, с. 1579—1588.
- Буянов М. И., Чудин А. С. Возрастная динамика психастенических свойств личности.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 195—199.

- Васильева Л. П. Пироманические акты у психопатических личностей и их судебно-психиатрическая оценка.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии, в. 20. М., 1971, с. 149—165.
- Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. М., 1971.
- Вроно М. Ш. Шизофрения в детском возрасте.— В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972, с. 77—106.
- Гайфулин А. У., Хаметова Т. К. О роли пренатальной патологии в генезе психопатоподобных состояний у детей и подростков.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 208—210.
- Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. М., 1933.— В кн.: Избранные труды. М., 1964, с. 116—252.
- Гиндикин В. Я. Клинические материалы к учению о динамике психопатий. Автореф. дисс. канд. М., 1963.
- Гиндикин В. Я. Социально-психиатрическая характеристика трудных подростков.— В кн.: Дети с отклонениями в поведении. М., 1968, с. 78—80.
- Гиндикин В. Я. Клинико-статистические материалы к вопросу о группировке психопатий.— В кн.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, с. 105—107.
- Гордон Л. А., Кнопов Э. В. Человек после работы. М., 1972.
- Гуревич М. О. Психопатология детского возраста. М., 1932.
- Гуревич М. О. О малой психиатрии, ее достижениях и ошибках.— В кн.: 50 лет психиатрической клиники им. С. С. Корсакова. М., 1940, с. 63—68.
- Гурьева В. А. Некоторые материалы к изучению генеза и динамики становления психопатий в подростковом и юношеском возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, в. 10, с. 1533—1537.
- Гурьева В. А. Изучение психопатий в подростковом и юношеском возрасте.— В кн.: Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. М., 1973, с. 160—170.
- Данилова Е. А. О роли алкоголизма в формировании патологии поведения у детей и подростков.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 3. М., 1974, с. 164—167.
- Драбкин Б. З., Трифонов О. А. Реабилитационная работа в отделении для подростков с пограничными состояниями.— В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973, с. 212—215.
- Емельянов А. С. Динамика формирования ядерных психопатий возбудимого типа в детском возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, в. 10, с. 1538—1543.
- Ефременкова Е. И. О конформном типе характера у подростков с легкой дебильностью, психопатиями и психопатоподобными состояниями.— В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 79—83.
- Ефременкова Е. И., Иванов Н. Я. Об эмоционально-лабильном типе характера у подростков.— В кн.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, с. 124—128.
- Зельцер А. Причины и формы появления ускорения роста детей. М., 1968.

- Зурабашвили А. Д. Проблемы персонологии в психологии и психопатологии детей и подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 147—151.
- Иванов Н. Я. О гипертимном типе акцентуации личности у подростков.— В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 75—79.
- Иванов Н. Я. Отражение реакции эмансипации в системе отношений у подростков.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 17—24.
- Иванов Н. Я. Об эмоционально-лабильном типе психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 249—250.
- Иванова Ф. И. Синдром «уходов и бродяжничества» в клинике пограничных состояний у подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1972, в. 10, с. 1525—1528.
- Исаев Д. Н., Каган В. Е. Аутистические синдромы у подростков: механизмы расстройств поведения.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 60—68.
- Кабанов М. М. Реабилитация — динамическая система взаимосвязанных компонентов.— В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973, с. 29—32.
- Каменева Е. Н. К вопросу о шизоидной психопатии.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 60—63.
- Каспарова С. А. Клинические варианты синдрома ухода и бродяжничества у детей и подростков.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 65—68.
- Кербиков О. В. К учению о динамике психопатий (1961).— Избранные труды. М., 1971, с. 163—187.
- Кербиков О. В. Клиническая динамика психопатий и неврозов (1962).— Избранные труды. М., 1971, с. 188—206.
- Кербиков О. В. К вопросу о понятии и классификации психопатий.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии, в. 19. М., 1971, с. 9—18.
- Климушева Т. А., Ружайский М. И. К клинике так называемого психопатоподобного синдрома у девочек-подростков.— В кн.: Вопросы клиники и терапии психических заболеваний. М., 1971, с. 228.
- Ковалев В. В. О психогенных патологических формированиях (развитиях) личности у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1969, в. 10, с. 1543—1549.
- Ковалев В. В. Принципиальные вопросы реабилитации детей и подростков с нервно-психическими заболеваниями.— В кн.: Реабилитация больных с нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973, с. 32—35.
- Ковалев В. В. Возрастные закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков.— В кн.: Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. М., 1973, с. 6—19.
- Ковалев В. В. Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции у детей и подростков.— В кн.: Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. М., 1973, с. 75—90.
- Коваленко П. И., Зинченко С. Н. К вопросу о социальной

- реадаптации трудновоспитуемых подростков.— В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973, с. 217—219.
- Королев В. В. Вопросы клиники и систематики паранойяльных реакций и развитий.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 81—83.
- Королев В. В., Лакосина Н. Д., Саркисов С. А., Чахкиева Л. О. Клинические аспекты аномалий развития личности.— В кн.: Закономерные тенденции формирования личности. М., 1972, с. 165—192.
- Коротенко А. И. Об оценке психопатических личностей типа неустойчивых.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, в. 8, с. 1232—1237.
- Коссова Е. А. Динамика дромомании у детей и подростков.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии, в. 20. М., 1971, с. 189—203.
- Краснушкин Е. К. Проблема динамики и изменчивости психопатий.— В кн.: 50 лет психиатрической клиники им. С. С. Корсакова. М., 1940, с. 69—77.
- Кулев И. Л. К клинической динамике так называемых органических психопатий.— Журн. невропатол. и психиатр., 1964, в. 5, с. 730—734.
- Куракин А. А. О демонстративных суицидных попытках и их психологической оценке.— В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 90—96.
- Кургановский П. И. Физиологические механизмы неврозов сердца у детей. М.—Л., 1965.
- Лапидес М. И. Патология поведения детей с органическими поражениями центральной нервной системы.— В кн.: Дети с отклонениями в поведении. М., 1968, с. 118—120.
- Лапидес М. И. О роли биологических и социальных факторов в формировании клинической картины патологии поведения у детей и подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 152—157.
- Лебединская К. С. Роль нарушения темпа полового созревания в клинике пограничных состояний у детей и подростков. В кн.: Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. М., 1973, с. 19—34.
- Ленц А. К. Криминальные психопаты (социопаты). Л.—М., 1927.
- Личко А. Е. Основные типы нарушений поведения у подростков.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 5—17.
- Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера в подростковом возрасте.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 94—97.
- Личко А. Е. Основные принципы построения опросника, методика его использования и обработки результатов.— В кн.: Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования. Л., 1976, с. 5—30.
- Личко А. Е., Александров А. А. О разграничении психопатий и акцентуаций характера по степени выраженности.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 84—93.

- Личко А. Е., Богдановская Л. Б., Эйдемиллер Э. Г. Некоторые особенности психотерапевтического подхода в подростковой психиатрической клинике.— В кн.: Психотерапия при первичных и психических заболеваниях. Л., 1973, с. 59—66.
- Личко А. Е. и др. Характерологические исследования при пограничной первично-психической патологии у подростков.— Материалы к 3-й Всеросс. научн. конф. по невропатологии и психиатрии детского возраста. М., 1971, с. 141—143.
- Личко А. Е. и др. О некоторых типах акцентуации характера у подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 163—168.
- Личко А. Е., Иванов Н. Я. Текст ПДО для подростков и основные контрольные величины.— В кн.: Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования. Л., 1976, с. 30—43.
- Личко А. Е., Иванов Н. Я., Озерецковский С. Д. Гиперимный тип акцентуации характера у подростков. Особенности поведения.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 74—84.
- Личко А. Е., Озерецковский С. Д. О циклоидной психопатии и циклоидной акцентуации личности у подростков.— В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 69—75.
- Личко А. Е., Рубина Л. П. Организационные формы реабилитационной работы с подростками, страдающими психическими заболеваниями.— IV Междунар. симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 174—177.
- Мазеева Н. А. Об одной из разновидностей шизоидной психопатии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, в. 5, с. 732—738.
- Маркосян А. А. (ред.). Основы морфологии и физиологии организма детей и подростков. М., 1969.
- Марченко Б. В. Патохарактерологические исследования при хроническом алкоголизме.— В кн.: Алкоголизм и неалкогольные наркомании. Л., 1971, с. 108—116.
- Матвеев В. Ф. Клинические особенности патохарактерологического развития личности в условиях зрительной депривации.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2, М., 1974, с. 104—106.
- Местиашивили М. Г. К особенностям личностных сдвигов в инцидентальной стадии непрерывнотекущей шизофрении у подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 42—47.
- Мечников И. И. Этюды о природе человека (1903).— Собр. соч., М., 1954—1955.
- Миньковский Г. М. Динамика и причины основных отклонений в поведении несовершеннолетних.— В кн.: Дети с отклонением в поведении. М., 1968, с. 7—19.
- Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей.— В кн.: Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968, с. 5—22.
- Мнухин С. С., Исаев Д. Н. Об органической основе некоторых форм шизоидных или аутистических психопатий.— В кн.: Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний. Л., 1969, с. 112—121.

- Морозов Г. В., Шубина Н. К. К понятию о компенсациях при психопатиях.— В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973, с. 221—225.
- Морозов В. М. К вопросу о психопатиях.— Журн. невропатол. и психиатр., 1963, в. 1, с. 141.
- Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- Наджаров Р. А. Клиника неблагоприятно текущей юношеской «ядерной» шизофрении. Автореф. дисс. докт. М., 1965.
- Невский И. А. Педагогическая запущенность подростков.— В кн.: Дети с отклонениями в поведении. М., 1968, с. 65—77.
- Нураева А. У. Побег из дома при патологических нарушениях поведения у подростков.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 24—31.
- Озерецкий Н. И. Трудновоспитуемые дети. Имущественные правонарушения у детей и подростков. М., 1932.
- Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. М., 1938.
- Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния. М., 1950.
- Озерецковский Д. С. О медленно текущей шизофрении и ее психопатоподобном варианте.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 19—25.
- Озерецковский С. Д. О некоторых особенностях витальных функций у циклоидных личностей.— В кн.: Сомато-неврологический аспект психических заболеваний. Л., 1972, с. 64—66.
- Озерецковский С. Д. О депрессии у подростков.— В кн.: Депрессии и их лечение. Л., 1973, с. 58—61.
- Озерецковский С. Д. О некоторых вариантах аффективных психопатий в подростковом возрасте.— Тезисы III Всероссийского съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 322—323.
- Осипов В. П. О распознавании психопатий и ограничении понятия.— В кн.: Советская невропсихиатрия, т. 1. Л., 1936, с. 100—116.
- Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных.— Полн. собр. соч., т. III, кн. 2, М.—Л., 1951.
- Пашкова В. А. О необходимости пересмотра показателей оценки физического и полового развития детей и подростков для задач судебной медицины в связи с явлениями акцелерации.— Суд.-мед. экспертиза, 1973, № 1, с. 13—16.
- Певзнер М. С. Клиника психопатий в детском возрасте. М., 1941, с. 12—18.
- Пелипас В. Е. Суицидальные проявления в клинике психопатий.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии, в. 20. М., 1971, с. 166—188.
- Пелипас В. Е. К вопросу о трансформации форм психопатии.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 331—333.
- Пивоварова Г. Н. Затяжные реактивные состояния у детей и подростков. М., 1962.
- Портнов А. А., Федотов Д. Д. Неврозы, реактивные состояния и психопатии. М., 1957.
- Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., 1971.

- Пятницкая И. Н. О формировании полинаркотизма.— В кн.: Клинические и экспериментальные исследования при нервных и психических заболеваниях. Л., 1967, с. 225—230.
- Рапопорт А. М. Наркомании.— БМЭ, т. 19. М., 1961, с. 944—964.
- Рахальский Ю. Е., Ершова Л. А. О шизофрении подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М., 1973, с. 32—37.
- Сагатовская Л. Г. Социально-психологический анализ личности несовершеннолетних правонарушителей. Автореф. дисс. канд. Л., 1968.
- Симсон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М., 1958.
- Скроцкий Ю. А. Увлечения в психопатологии подросткового возраста.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 31—37.
- Скроцкий Ю. А. Увлечения («хобби») в картине психопатий и акцентуаций характера у подростков.— Тезисы III Всерос. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 358—359.
- Снежневский А. В. *Nosos et pathos schizopreniae*.— В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972, с. 5—15.
- Спивак Л. И. Психопатии и психопатоподобные состояния (клиника взрывной формы). Автореф. дисс. докт. Л., 1962.
- Спивак Л. И. Психопатии и психопатоподобные состояния.— В сб. научных работ, посвящ. 90-летию со дня рождения В. П. Осипова. Л., 1962, с. 101—104.
- Стрельчук И. В. Клиника и лечение наркоманий. М., 1956.
- Стрельчук И. В. О некоторых особенностях клиники и терапии хронического алкоголизма в возрастном аспекте.— Тезисы III Всерос. съезда невропатологов и психиатров, т. 3. М., 1974, с. 76—80.
- Строгонов Ю. А. Психотропные средства как корректоры нарушений поведения у подростков.— В кн.: Фармакодиагностика и фармакотерапия психических заболеваний. Л., 1972, с. 54—58.
- Строгонов Ю. А. Применение сиднокарба для коррекции расстройства поведения у акцентуированных подростков циклоидного типа.— В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 55—60.
- Строгонов Ю. А. Применение психотропных средств в целях коррекции расстройств поведения в подростковом периоде у психопатов и акцентуированных личностей.— Тезисы III Всерос. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 138—140.
- Суханов С. А. Патологические характеры. (Очерки по патологической психологии). СПб., 1912.
- Сухарева Г. Е. Шизоидные психопатии детского возраста.— В кн.: Вопросы детской психоневрологии. М., 1925, с. 157—187.
- Сухарева Г. Е. Клиника шизофрении у детей и подростков, ч. 1. Харьков, 1937.
- Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. I. М., 1955; т. II, М., 1959.
- Сухарева Г. Е. Спорные вопросы в определении понятия психопатии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1972, в. 10, с. 1516—1520.
- Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии дет. возраста. М., 1974.

- Твердохлебов В. И. Клиническая характеристика подростков с пограничными формами нарушений поведения.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, в. 10, с. 1529—1533.
- Тимофеев Н. Н. Военно-врачебная экспертиза нервно-психических заболеваний. Л., 1957.
- Тимофеев Н. Н. Клинические и организационные вопросы закрытой травмы черепа. Л., 1958.
- Тимофеев Н. Н. Проблема психопатий в ее теоретическом и практических аспектах.— Материалы IV Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров, т. 1. М., 1963, с. 358—361.
- Тимофеев Н. Н. О некоторых вопросах клиники психопатии и компетенции эксперта-психиатра.— Материалы V Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров, т. 3. М., 1969, с. 195—200.
- Ушаков Г. К. Систематика пограничных нервно-психических расстройств.— В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 9—18.
- Ушаков Г. К. Актуальность и пути исследования онтогенеза индивидуальности.— В кн.: Закономерные тенденции формирования личности. М., 1972, с. 5—26.
- Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М., 1973.
- Федотов Д. Д., Саркисов С. А., Чудин А. С. Суицидальные попытки у психопатических личностей.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 152—153.
- Фелинская Н. И. О некоторых спорных вопросах в проблеме психопатий.— Журн. невропатол. и психиатр., 1965, в. 11, с. 1670—1678.
- Фелинская Н. И. Подростки-правонарушители в судебно-психиатрическом аспекте.— В кн.: Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. М., 1973, с. 153—160.
- Фелинская Н. И. Формирование и динамика психопатий.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 154—158.
- Фрейеров О. Е. Клинические варианты астенической психопатии.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии, в. 20. М., 1971, с. 7—33.
- Фрейеров О. Е., Наталевич Э. С. К вопросу о клинике и дифференциальной диагностике пубертатного криза при психопатиях и вялопрогредиентной шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, в. 1, с. 84—89.
- Цуцульковская М. Я. Особенности клиники непрерывнотекущей шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте. Автореф. дисс. докт. М., 1968.
- Цуцульковская М. Я., Пантелеева Г. П. К вопросу о клинических проявлениях гебоидного синдрома при шизофрении юношеского возраста.— В кн.: Проблемы организации психиатрической помощи, клиники и эпидемиологии психических заболеваний, ч. 1. М., 1970, с. 107—109.
- Черняховский Д. А. О клинике барбитуромании.— Журн. невропатол. и психиатр., 1972, в. 6, с. 903—909.
- Чистович А. С. Лекции по психопатологии детского возраста. М., 1966.
- Шостакович Б. В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий. Автореф. дисс. докт. М., 1971.

- Эйдемиллер Э. Г. О взаимной оценке характера подростков, страдающих психопатиями и психопатоподобными расстройствами, и их родителей.— В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, с. 83—88.
- Эйдемиллер Э. Г. Особенности семейной психотерапии в подростковой психиатрической клинике.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, с. 110—120.
- Эйдемиллер Э. Г. Исследование семей подростков с психопатиями и транзиторными нарушениями поведения в связи с задачами семейной психотерапии.— Тезисы III Всеросс. съезда невропатологов и психиатров, т. 2. М., 1974, с. 402—404.
- Юркова О. П. Доманифестный период медленно текущей шизофрении у детей.— Журн. невропатол. и психиатр., 1967, в. 10, с. 1511—1515.
- Юдин Т. И. Психопатические конституции. М., 1926.
- Юсевич Л. С. Подростки-псевдологи.— В кн.: Психопатии. Их судебно-психиатрическое значение. М., 1934, с. 107—136.
- Яковлев Я. М. Преступность и социальная психология. М., 1971.
- Adler A. Über der nervösen Character. Wiesbaden, 1912.
- Asperger H. Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter.— Arch. Psychiat. Nervenkr., 1944, Bd. 117, S. 76—136.
- Baittle B. Psychiatric aspects of development of a street corner group.— Am. J. Orthopsychiat., 1969, v. 31, p. 703—712.
- Barter J. T., Swaback D. O., Todd D. Adolescent suicide attempts. A follow up study.— Arch. gen. Psychiat., 1968, v. 19, p. 523—527.
- Bäyon N. Du suicide des adolescents à la psychiatrie communautaire.— Gas. méd. Franç., 1971, t. 78, N 6, p. 865—870.
- Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Warszawa, 1957.
- Binder H. Стойкие психопатические состояния, патологические реакции и развития (1960).— В кн.: Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле и др. Пер. с нем. М., 1967.
- Boyd P. Heroin addiction in adolescents.— J. Psychosomat. Res., 1970, v. 14, N 3, p. 295—301.
- Boyd P., Layland W. R., Crickmay J. R. Treatment and follow up of adolescents addicted to heroin.— Brit. Med. J., 1971, p. 604—605.
- Chauvin R. Les sociétés animales. De l'abeille au gorille. Paris, 1963.
- Davidson F., Choquet M., Etienne M., Talaghani M. Contribution à l'étude du suicide des adolescents.— Hyg. mental., 1972, v. 41, N 1, p. 1—32.
- Demay-Laulan M. e. a. La mixité dans une service d'enfants et adolescents.— Informat. psychiatr., 1968, v. 44, p. 615—620.
- Easson W. M. The severely disturbed adolescent. Inpatient, residential and hospital treatment.— Intern. Univ. Press, USA, 1973.
- Evans J. Drug taking in adolescents.— Scot. Med. J., 1971, v. 16, N 8, p. 369—375.
- Glaser K. Suicide in children and adolescents. N. Y., 1965.
- Haider I. Suicidal attempts in children and adolescents.— Brit. J. Psychiat., 1968, v. 114, N 514, p. 1133—1134.
- Haffter C. Historische Aspekte der Bandenbildung Jugendlicher.— Acta paedopsychiatr., 1966, Bd. 33. H. 6/7, S. 183—187.

Hassall C. J. Prev. S.
Hasse H. E. J.
Hertoft P. Inves.
Danish Med.
Homburger P.
Howell M. C.
of runaway ad.
p. 840—853.
Idänpää H. Hei
among young
1971, p. 257—2
Jablonsky L.
crime and delin
Jacobs J. Teic
attempted suic
v. 13, p. 139—1
Jacobziner I.
ing.— Am. J. P
Janet P. Les ob
Jenkins R. L. T
et dynamique
real, 1967, p. 10
Jenkins R. L.
Am. J. Psychia
Jenkins R. L.
v. 128, N 2. p.
Kahn E. Die psy
Keeler M. H. M
verse reaction.
Koch J. Die p
1891.
Kraepelin E. I
Kreech D. K.
N. Y., 1962.
Kretschmer E.
Kretschmer E.
Kretschmer E.
1971.
Ladewig D. Le
Luxembourg, 19
Leonhard K. M
1964.
Leonhard K. A
Lombillo J. R.
population.— A
Mader R. Alkoho
psychiat., 1972.
Masterson J. T
v. 5, N 6, p. 439
May A., Kahn
young person. V

- Hassall Ch. Development of alcohol addiction in young men.—
Brit. J. Prev. Soc. Med., 1969, v. 23, p. 40—44.
- Hasse H. E. u. a. Behandlungsprinzipien bei jugendlichen Drogenkonsumenten.—Rheinisch. Ärzteblatt, 1971, II. 23, S. 55—59.
- Hertoft P. Investigation into the sexual behaviour of young men.—
Danish. Med. Bull., 1969, v. 16, suppl. 1, p. 1—96.
- Homburger F. Psychopathologie des Kindesalter. Berlin, 1926.
- Howell M. C., Emmons E. B., Frank D. A. Reminiscences of runaway adolescents.—Am. J. Orthopsychiat., 1973, v. 43, N 5, p. 840—853.
- Idänpään-Heikkilä P., Schoolar J. C. Heroin usage among young multiple drug users.—In: Psychiatria Fennica, 1971, p. 257—266.
- Jablonsky L. Violent gang organisation.—In: The sociology of crime and delinquency. N. Y., 1970, p. 392—400.
- Jacobs J., Teicher J. D. Broken home and social isolation in attempted suicide of adolescents.—Int. J. Soc. Psychiat., 1967, v. 13, p. 139—149.
- Jacobziener H. Attempted suicides in adolescence by poisoning.—Am. J. Psychother., 1965, v. 19, N 2, p. 247—252.
- Janet P. Les obsessions et la psychasthénie. Paris, 1903.
- Jenkins R. L. Troubles divers du comportement chez l'adolescent et dynamique familiale.—In: Psychiatrie de l'adolescence. Montreal, 1967, p. 10—24.
- Jenkins R. L. Classification of behavior problems in children.—
Am. J. Psychiat., 1969, v. 125, N 8, p. 1032—1039.
- Jenkins R. L. The runaway reaction.—Am. J. Psychiat., 1971, v. 128, N 2, p. 168—179.
- Kahn E. Die psychopathischen Persönlichkeiten. Berlin, 1928.
- Keeler M. H. Motivation for marijuana use; a correlate of adverse reaction.—Am. J. Psychiat., 1968, v. 125, p. 386—390.
- Koch J. Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Renensburg, 1891.
- Kraepelin E. Psychiatrie, Bd. 4. 8 Aufl. Leipzig, 1915.
- Kreech D. K., Crutchfield R. S. Individual in Society. N. Y., 1962.
- Kretschmer E. Sensitiver Beziehungswahn. Berlin, 1917.
- Kretschmer E. Körperbau und Charakter. Berlin, 1921.
- Kretschmer E. Medizinische Psychologie. 13 Aufl. Stuttgart, 1971.
- Ladewig D. Les toxicomanie en Europe.—Bull. Soc. Sci. med. Luxembourg, 1972, v. 109, N 1, p. 61—65.
- Leonhard K. Normale und abnormale Persönlichkeiten. Berlin, 1964.
- Leonhard K. Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin, 1968.
- Lombillo J. R., Hain J. D. Patterns of drug use in high school population.—Am. J. Psychiat., 1972, v. 128, N 7, p. 836—841.
- Mader R. Alkoholismus bei kriminären Jugendlichen.—Acta paedopsychiat., 1972, Bd. 39, H. 1/2, S. 2—10.
- Masterson J. The old order changes.—Intern. J. Psychiat., 1968, v. 5, N 6, p. 439—453.
- May A., Kahn J., Gronholm B. Mental health adolescent and young person. WHO. Geneva, 1971.

- Michaux L. *Psychiatrie infantile*. Paris, 1953.
- Michaux L. *Les troubles du caractère*. Paris, 1964.
- Moll A. *Die konträre Sexualempfindung*. 2 Aufl. Berlin, 1893.
- Noble P. Drug-taking in delinquent boys.—*Brit. Med. J.*, 1970, p. 102—105.
- Noble P., Hart T., Nation R. Correlates and outcome of illicit drug use by adolescent girls.—*Brit. J. Psychiat.*, 1972, v. 120, p. 497—504.
- Olivenstein C. S. Problemes nouveaux des toxicomanies nouvelles.—*Inform. psychiat.*, 1970, v. 46, N 3, p. 265—275.
- Otto U. Suicidal attempts in adolescence and childhood.—*Acta paedopsychiat.*, 1964, v. 31, N 12, p. 397—411.
- Otto U. *Suicidal acts by children and adolescents*. Copenhagen, 1972.
- Parnitzke K. H., Regel H. *Suicidale Handlungen im Kindes- und Jugendalter*.—*Psychiat., Neurol. u. med. Psychol.*, 1972, Bd. 24, H. 9, S. 528—538.
- Petrilowitsch N. *Abnorme Persönlichkeiten*. Basel, 1966.
- Porot A. *Manuel alphabetique de psychiatrie*. Paris, 1952.
- Preble E. The Puerto-Rican american teenager in New York City.—In: *Minority group adolescents in the United States*. Baltimore, 1968, p. 48—72.
- Ribot Th. *Характеры*. Пер. с франц. СПб., 1899.
- Rivaille C. et al. Tentatives de suicides d'adolescents.—*Sém. Hôp.*, 1970, N 17, p. 1141—1147.
- Robbins E. S. a. oth. College student drug use.—*Am. J. Psychiat.*, 1970, v. 126, N 12, p. 1743—1751.
- Rosenberg C. M., Patch V. D. Methadone use in adolescent heroin addicts.—*JAMA*, 1972, v. 220, p. 991—998.
- Rutanen E. Addiction in adolescent.—In: *Psychiatria Fennica*, 1972, p. 22—24.
- Sabbath J. The role of the parents in adolescents suicidal behavior.—*Acta paedopsychiat.*, 1971, v. 38, N 7/8, p. 211—220.
- Schneider K. *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Leipzig, Wien, 1923.
- Schonfeld W. The adolescent in contemporary american psychiatry.—*Intern. J. Psychiat.*, 1968, v. 5, N 6, p. 470—478.
- Schweischeimer F. Menschenaffen sollen das Rätsel der Gemütsdepressionen lösen.—*Med. Klin.*, 1972, Bd. 67, H. 44, S. 1457—1458.
- Skoriková M. Katamnestická štúdia k výskytu osobitného druhu narkománií u mladistvých.—*Csl. psychiat.*, 1972, r. 68, s. 110—112.
- Sluga W. Aktuelle Aspekte des Suchtmittelmissbrauches bei Jugendlichen.—*Wien. med. Wschr.*, 1971, Bd. 121, S. 141—145.
- Stacey B., Davis Y. Drinking behavior in childhood and adolescence.—*Brit. J. Addict.*, 1970, v. 65, p. 203—212.
- Stanley E. J., Barter J. T. Adolescent suicidal behavior.—*Am. J. Orthopsychiat.*, 1970, v. 40, N 1, p. 87—95.
- Stevenson E. K. a. oth. Suicidal communication in adolescents.—*Dis. Nerv. Syst.*, 1972, v. 33, N 2, p. 112—122.
- Stutte H. *Психиатрия детского и юношеского возраста (1960)*.—В кн.: *Клиническая психиатрия*. Под ред. Г. Груле. М., 1967, с. 678—779.

- Sulestrowska H. Ocena kliniczno-katamnetyczna hysterii u dzieci.—Psychiatr. pol., 1973, t. 7, N 2, s. 133—144.
- Tramer M. Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. Basel, 1949.
- Van Krevelen D. A. Nederland Leergoek der Speciele Kinderpsychiatrie. Leiden, 1952.
- Van Krevelen D. A., Kuipers Ch. The psychopathology of autistic psychopathy.—Acta paedopsychiat., 1962, v. 29, N 1, p. 22—31.
- Weiner I. B. Perspectives on the modern adolescent.—Psychiatry, 1972, v. 35, N 2, p. 20—31.
- Yolles S. F. Statement on LSD, marijuana, and other dangerous drugs to the US Senate Committee on the Judiciary. Washington, DC, Congress. Res., 1968, March 6, p. 14—15.
- Zumpe L. Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen.—Zschr. Psychother. u. Med. Psychol., 1959, Bd. 9, S. 223—235.

Lichko A. E. Psychopathies and accentuations of character in adolescence, Leningrad, "Medicina", 1977, 208 p.

The book is devoted to psychopathies, i. e. pathological character abnormalities, and a wide range of similar disorders of adolescence, diagnostic criteria of differentiation between psychopathies from extreme modalities of the norm, i. e. character accentuation, and psychopathic-like disturbances due to unfavourable environmental influences and organic brain damages etc. The principal types of psychopathies and accentuation of adolescence (hyperthimic, cycloid, labile, asthenic-neurotic, sensitive, psychasthenic, schizoid, epileptoid, hysteroid, instable and conforming) are described as well as their peculiarities caused by accelerated maturation. Main types of psychopathic behavioural disorders are expounded, viz.: delinquency, runaways from home, alcoholization, drug use and addiction, suicidal behaviour, etc. Behavioural reactions (known from child psychiatry — the reactions of opposition, imitation and the others) — as well as those characteristic of adolescence (the reactions of emancipation, age-mate group formation, hobby-reaction and the others) are specified. The book highlights diagnostic criteria and peculiarities of the modalities of psychopathic-like changes in brain damage. The main paths of psychopathic developments are traced which originate from definite types of character accentuations under the influence of various forms of inadequate upbringing. As a conclusion, some medico-pedagogical recommendations are given.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. Разграничение постройств и акцентуаций

Психопатии
Разграничение по выраженности
Разграничение по причине возникновения
Особенности развития в подростковом возрасте

Глава II. Основные «поведенческие» синдромы

Акцелерация
Классификация
Реакция эмансипации
Реакция группового поведения
Реакция увлеченности, обусловленной
Особенности проявления

Глава III. Формы поведения

Делинквентное поведение
Побеги из дома
Алкоголизация
Ростковый (наркотический) синдром
Наркотизм (употребление наркотиков)
Суицидальное поведение

Глава IV. Типы психопатий в подростковом возрасте

Краткие сведения о психопатиях
Гипертимный тип
Циклоидный тип
Лабильный тип
Астено-невротический тип
Сенситивный тип
Психастенический тип
Шизоидный тип

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера в подростковом возрасте	3
Психопатии и акцентуации характера	3
Разграничение психопатий по тяжести и акцентуаций по выраженности	7
Разграничение психопатий и психопатоподобных расстройств по причине возникновения	17
Особенности динамики психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте	22
Глава II. Основные типы нарушений поведения у подростков («поведенческие реакции»)	25
Акцелерация развития и нарушения поведения	25
Классификации нарушений поведения у детей и подростков	27
Реакция эмансипации	32
Реакция группирования со сверстниками	33
Реакция увлечения — хобби-реакция	37
Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением	41
Особенности патологических реакций	43
Глава III. Формы проявления нарушений поведения	44
Делинквентное поведение	45
Побеги из дома и бродяжничество	47
Алкоголизация (злоупотребление алкоголем) и ранний (подростковый) алкоголизм	53
Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания	61
Суицидальное поведение	71
Глава IV. Типы психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте	78
Краткие сведения о группировках типов психопатий и акцентуаций характера	78
Гипертимный тип	80
Циклоидный тип	90
Лабильный тип	94
Астено-невротический тип	102
Сенситивный тип	106
Психастенический тип	114
Шизоидный тип	120

Эпилептоидный тип	130
Истероидный тип	141
Неустойчивый тип	151
Конформный тип	157
Глава V. Психопатические развития («приобретенные психопатии»)	163
Основные критерии диагностики	163
Гипертимная акцентуация — воспитательная «гиперопека» психопатическое развитие по гипертимно-неустойчивому типу	167
Неустойчивая или конформная акцентуация — гипоопека или безнадзорность — психопатическое развитие по неустойчивому типу	168
Истероидная, лабильная или гипертимная акцентуации — воспитание по типу «кумир семьи» — психопатическое развитие по истероидному, лабильно-истероидному, гипертимно-истероидному типам	169
Лабильная, астено-невротическая и сенситивная акцентуации — воспитание по типу «золушки» — психопатическое развитие по соответствующим типам	170
Психастеническая акцентуация — воспитание в условиях повышенной моральной ответственности — психопатическое развитие по психастеническому типу	171
Эпилептоидная или конформная акцентуация — воспитание в условиях жестоких взаимоотношений — психопатическое развитие по эпилептоидному типу	174
Глава VI. Органические психопатии	175
Общие сведения и критерии диагностики	175
Неустойчивоподобный тип	178
Эпилептоидоподобный тип	180
Шизоидоподобный тип	182
Заключение	184
Литература	192

.....	130
.....	141
.....	151
.....	157
тенные психопатические	163
.....	163
ая «гиперопека»	167
по-неустойчивому	167
ация — гипоопека	168
итие по неустой-	168
.....	168
акцентуации —	169
атическое разви-	169
му, гипертимно-	169
.....	169
ивная акцентуа-	170
-психопатическое	170
.....	170
е в условиях по-	171
опатическое раз-	171
.....	171
ция — воспитание	174
психопатическое	174
.....	175
.....	175
.....	178
.....	180
.....	182
.....	184
.....	192

91 коп.

МЕДИЦИНА • 1977

А. Е. Муско

ОХИМКО